

# Huisarts *in praktijk*

DEZE >>  
UITGAVE



Gerrit van der Wal:  
toezichthouder  
op afstand



"Huisartsen  
moeten groter  
durven denken"



Op zoek  
naar een HIS

## De lusten en lasten van promoveren



## COLOFON

JAARGANG 19 NUMMER 3 2008

Huisarts in Praktijk is het tijdschrift van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Het tijdschrift verschijnt maandelijks en wordt gratis toegezonden aan alle leden van de LHV.

**Hoofredacteur:**  
Pieter van Dam

**Aan dit nummer werkten mee:**  
Pieter van Dam, Corina de Feijter, Gerda Mensink, Hans Oostrum Fotografie, Els van Thiel en Frank van Wijck

**Coverbeeld**  
Hans Oostrum Fotografie

**Illustraties:**  
Pim Schots

**Vormgeving:**  
Arie Onnink

**Redactieadres:**  
Mercatorlaan 1200,  
Postbus 20056  
3502 LB Utrecht  
telefoon 030 2823704  
fax 030 2890400  
email huisarts@lhv.nl

**Uitgever**  
Bohn Stafleu van Loghum bv  
onderdeel van Springer Uitgeverij bv  
Postbus 246, 3990 GA Houten

**Advertentieverkoop:**  
Springer Uitgeverij bv  
Channa Molenaar  
Postbus 246  
3990 GA Houten  
telefoon 030-63 83 974  
fax 030-63 83 839  
e-mail channa.molenaar@springeruitgeverij.nl

**Coördinatie advertentiemateriaal**  
Springer Uitgeverij bv  
Janieta Evenhuis  
Postbus 246  
3990 GA Houten  
telefoon 030-63 83 941  
fax 030-63 83 699  
e-mail janieta.evenhuis@springeruitgeverij.nl

Advertenties behoeven de goedkeuring van de eindredactie.  
Het abonnement kan op elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

**Abonnementen**  
Jaarabonnement voor particulieren woonachtig in Nederland: € 99,- (incl. verzend & administratiekosten). Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag.

**Adreswijzigingen**  
Bij een wijziging van de tenaamstelling en/of het adres, verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling Klantenservice (adres zie Abonnementen).

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever.

Op alle bijdragen in deze uitgave zijn de Standaard-publicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum van toepassing (zie [www.bsl.nl/auteurs](http://www.bsl.nl/auteurs)).

© Bohn Stafleu van Loghum 2008

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossier 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden staan op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl) of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

De Nederlandse  
uitgeversverbond

HOE  
PRINT

LHV  
Landelijke Huisartsen Vereniging

## IN DIT NUMMER

### 8 “Sturende hand op de achtergrond”

Zacht als het kan, hard als het moet. Dit credo van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal iedereen inmiddels kennen. Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal laat er dan ook geen misverstand over bestaan dat hij het liefste ziet dat initiatieven voor kwaliteitsverbetering uit het veld komen. Ook van de huisartsen dus. Die zullen inzichtelijk moeten maken welke kwaliteit zij leveren.

FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / ANTHA WINKENDIS



### 12 Op zoek naar een HIS

Huisartsen behandelen patiënten en registreren de gegevens daarvan. De huisartseninformatiesystemen (HIS-en) spelen daarin een belangrijke schakel. Dat betekent niet dat alle huisartsen ICT-specialist moeten zijn, maar wel dat ze een HIS nodig hebben dat betrouwbaar en toekomstbestendig is. Welke aspecten zijn van belang voor huisartsen die een keuze moeten maken omdat ze voor het eerst een HIS aanschaffen of van HIS willen veranderen? Een inventarisatie.



FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / FRANK

### 16

### De lusten en lasten van promoverende huisartsen

Ze zoeken verdieping en willen hun passie voor wetenschappelijk onderzoek uitleven. Ook omdat het belangrijk is voor het huisartsenvak. Dat zeggen huisartsen die aan een promotie werk(t)en. Promoveren naast je opleiding tot huisarts of je drukke praktijk, waarom doe je dat? “Ik heb een ongelooflijk leuke tijd gehad, het was geen martelgang, absoluut niet.”

### 20 Een patiënt komt nooit alleen de spreekkamer binnen...

Huisartsgeneeskunde is contextuele geneeskunde. Het staat nog eens met zoveel woorden in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Theo Voorn noemt het bloemrijk “het consult kleuren in de schakering van de patiënt”. Contextuele geneeskunde is zo’n wezenlijk kenmerk van de huisartsgeneeskunde dat het juist in de tegenwoordige ‘vluchtige’ cultuur met meer nadruk zou moeten worden onderwezen en gepraktiseerd, vindt hij. Een patiënt komt nooit alleen de spreekkamer binnen...



FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / FRANK

### 24

### Afscheid van de kleinschaligheid

Huisartsen die hun ANW-diensten afstoten naar huisartsenposten, betreuren het dat hiermee de kleinschalige huisartsenzorg buiten de kantooruren verloren gaat. Maar de omstandigheden dwingen hen hiertoe, stellen ze. Misschien kan een kleinschaligheidsbeloning uitkomst bieden, vindt de SP.



## 28 Hans van der Linde en zijn strijd tegen de farmaceutische industrie

Wie denkt dat primair de farmaceutische industrie de eer toekomt dat we beschikken over farmaceutica die van meerwaarde zijn voor de patiënt, moet de geschiedenisboekjes nog maar eens nalezen. Huisarts Hans van der Linde voert al jarenlang strijd tegen dit idee. En steeds meer artsen onderkennen dat hij daarmee een punt heeft.



FOTO: HANS OOSTERUM FOTOGRAFIE / ANTIM WIJMAENDS

## 30 "Mijn tijd was onbeperkt"

Huisarts Hendrik Gerritsma had van 1933 tot 1970 een praktijk in Sneek. In november vorig jaar vierde hij zijn honderdste verjaardag. Hij zit nog vol verhalen over zijn patiënten, van wie sommigen hem nog helder voor de geest staan. Een gesprek over het huisartsenvak in een hele andere tijd en context.



FOTO: HANS OOSTERUM FOTOGRAFIE / ANTIM WIJMAENDS

## "Huisartsen moeten groter durven denken"

Han van de Steeg is een van de weinige vrijgevestigde huisartsen in Almere. Hij zette een HOED op, Medi-Mere, en binnenkort opent hij een tweede HOED in Almere-Stad. De derde staat gepland in de nieuwe wijk Almere Poort. Hij noemt zichzelf een ondernemend huisarts, met oog voor de zakelijke kant van het huisartsenvak. "Huisartsen moeten groter durven denken".

34

## 38 Ook een oudere dikkerd verdient hulp bij het afvallen

Een op de zeven ouderen heeft ernstig overgewicht. Het verbaast Marjolein Visser, hoogleraar 'Gezond ouder worden' aan de Vrije Universiteit en het VUmc van Amsterdam, dat obese ouderen weinig aandacht en ondersteuning krijgen. Ook huisartsen laten steken vallen.

Uit haar onderzoek blijkt dat huisartsen bij slechts 1 op de 10 ouderen met ernstig overgewicht het initiatief namen om het gewicht te bespreken.



FOTO: PIETER VAN DAM

42

## "Het is en blijft een zweetklus"

In het boek 'Euthanasie, de praktijk van dichtbij bekeken', geschreven door publicist en docent/consulent hersenletsel Hans van Dam, vertellen veertien (huis)artsen openhartig over hun ervaringen met euthanasie.

## EN VERDER

- 6 Onderzoek naar administratieve lasten
- 6 Nazorg volwassenen met jeugdkanker
- 6 Officiële aftrap preventieconsult
- 7 Belangrijke mijlpaal voor CHBB
- 7 Slechtere Cito-score door oogafwijkingen
- 7 Klink wil meer inzicht in de zorgkosten
- 7 Peuters en kleuters eten niet gezond genoeg
- 11 Huisarts en paardenliefhebber Thea Bos
- 15 Meer oog voor privacy van de patiënt
- 23 Column Steven van Eijck: Knelpunten in dienstverlening zelf oplossen
- 37 Leefstijlinterventie vanuit meer invalshoeken
- 40 Eigentijds cardiovasculair zorgprogramma
- 44 Oud-huisarts schrijft verhalenbundel over ervaringen met euthanasie
- 46 Certificering voor triagistenopleiding
- 47 WADI aan de slag met pensioenregeling voor waarnemers
- 47 Workshops ondernemerschap
- 47 Regionale verschillen in geneesmiddelengebruik
- 47 Excursies naar HOED-praktijken
- 48 Ingezonden brieven



11



## Onderzoek naar administratieve lasten huisartsen

Uit de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg is naar voren gekomen dat huisartsen steeds meer tijd besteden aan administratieve- en managementtaken. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is dit aanleiding voor een nader onderzoek. Momenteel voert SIRA Consulting een onderzoek uit naar alle administratieve handelingen die huisartsen moeten uitvoeren. Door middel van gesprekken met huisartsen zal de tijdsbesteding van deze handelingen in kaart worden gebracht. De LHV steunt het onderzoek en adviseert haar leden om aan het onderzoek mee te werken. Huisartsen die geïnteresseerd zijn om mee te werken of meer informatie wensen over het onderzoek, kunnen contact opnemen met Jasper Sterrenburg van SIRA Consulting (030-6024910). (PVD)

## Officiële aftrap preventieconsult

Bij de start van de jaarlijkse Week van de gezondheid op de Wereldgezondheidsdag op 7 april wordt tijdens een 'gezonde lunchbijeenkomst' de eerste module van het preventieconsult gepresenteerd. Het gaat om een gevalideerde vragenlijst en een protocol voor de opsporing van mensen met een risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en nierfalen. Deze module ontwikkelt de LHV in samenwerking met het NHG, de Hartstichting, de Nierstichting en het Diabetesfonds. Een evidence based en breed gedragen preventieconsult moet een antwoord bieden op het toenemende aantal ongerichte zelftesten en gezondheidschecks. De huisarts is daarvoor de meest geschikte hulpverlener, want die kan preventie met curatie combineren, kent de patiënt en kan het gedrag van die patiënt beïnvloeden. Dat preventie via de huisarts uitermate effectief is blijkt wel uit het succes van de grieprik. (MTD)



FOTO: HANS OOSTRUIJ FOTOGRAFIE / FRANK

## Huisartsen meer betrekken bij de nazorg van volwassenen met jeugdanker

Huisartsen moeten meer betrokken worden bij de zorg voor volwassenen die als kind kanker hebben overleefd. Dit blijkt uit een gezamenlijk onderzoek van de afdelingen kinderoncologie en huisartsgeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Zij publiceerden de resultaten van hun onderzoek in het maartnummer van het The Lancet Oncology.

Driekwart van de kinderen met kanker overleeft en wordt volwassen dankzij de verbeterde behandelingsmogelijkheden. Deze overlevenden lopen een risico op nadelige lichamelijke en psychosociale effecten van de behandeling die zich soms pas jaren later kunnen manifesteren. Langdurige follow-up van deze patiënten

is belangrijk om dergelijke problemen zo vroeg mogelijk aan te pakken. Als kinderen volwassen worden, is de kinderoncoloog niet meer de eerst aangewezen persoon om deze op lange termijn zorg te bieden. In het Groningse onderzoek is



beoordeeld of de huisarts kan worden betrokken bij nazorg op lange termijn.

Uit het onderzoek onder 123 overlevenden en hun huisartsen blijkt dat nazorg door de eigen huisarts in nauwe samenwerking met de zogenoemde 'late effecten-polikliniek' van het UMCG goed te organiseren is. Het kan voor een deel van de overlevenden van kinderkanker een goed alternatief zijn voor controles die uitsluitend op deze polikliniek plaatsvinden. Het bezoek aan een dergelijke polikliniek kan belastend, tijdrovend of stigmatiserend zijn voor sommige patiënten. De gedeelde zorg is patiëntvriendelijker en goedkoper en kan bevorderen dat meer overlevenden van kinderkanker langdurig onder controle blijven. (PVD)

## Belangrijke mijlpaal voor CHBB

Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) heeft een belangrijke mijlpaal bereikt. Begin maart verstrekte het college de duizendste registratie.

Het register Kaderhuisarts Erkend Kwaliteitsconsulent (EKC) is met 543 registraties het meest populaire register. Op ruime afstand volgen Oogheelkunde met 144 registraties, Verloskunde met 109 registraties en Reizigersadvies met 91 registraties. Het aantal registraties voor de overige vijf registers ziet er als volgt uit: Palliatieve zorg (53), Echografie (36), Supervisor (20), Astma/COPD (9) en GGZ (3). In totaal is inmiddels aan 831

huisartsen een registratie verleend. Er zijn 77 huisartsen met twee registraties, 7 huisartsen met drie registraties en één huisarts met vier registraties. Het college verwacht nog dit jaar het aantal van duizend huisartsen met een of meer registraties te bereiken. Het CHBB werd op 1 oktober 2005 opgericht door de LHV en NHG om de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg te borgen, (regionale) kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen te ondersteunen en andere partijen duidelijkheid te geven over de bijzondere bekwaamheden van de geregistreerde huisartsen. (PVD)

[www.chbb.nl](http://www.chbb.nl)

## >> Kort

### Peuters en kleuters eten niet gezond genoeg

Nederlandse peuters en kleuters eten te weinig groenten, fruit, vis en vezelrijke voedingsmiddelen. Bovendien bevat de voeding van kleuters te veel verzadigde vetzuren. De ongezonde voeding van deze kinderen kan leiden tot overgewicht en op latere leeftijd tot chronische ziekten. Eén op de zeven kinderen heeft overgewicht en eet dus meer dan nodig is voor normale groei en beweging. Dit blijkt uit een onderzoek van het RIVM naar het eetpatroon van bijna 1.300 kinderen in de leeftijd van twee tot en met zes jaar. (PVD)



FOTO: PIETER VAN DAM

### Klink wil meer inzicht in de zorgkosten

VWS-minister Ab Klink wil meer inzicht krijgen in de uitgaven in de zorg. Daarom heeft hij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om een advies gevraagd. Het advies moet duidelijk maken hoe de kosten in de gezondheidszorg beter beheerst kunnen worden. Volgens de RVZ gaat het om één van de belangrijkste uitdagingen voor de zorgsector in de komende decennia. De raad stelt dat het oude systeem – aanbodbudgettering – het einde van zijn levensduur heeft bereikt. RVZ verwacht haar advies in oktober van dit jaar uit te kunnen brengen. (PVD)

## Slechtere Cito-score door oogafwijkingen

Ongeveer een kwart van de scholieren boekt geen optimale score bij de CITO-toets wegens een kleine oogafwijking. Dat stelt huisarts Theo Hendricks, op grond van eigen onderzoek waarop hij begin maart aan de Universiteit van Maastricht is gepromoveerd.

Volgens Hendricks is er een statistisch verband tussen kleine refractieafwijkingen en slechtere scores van kinderen bij de toets. Ook zouden volwassenen als gevolg van de oogafwijking meer klachten over hun gezondheid hebben.

De refractieafwijkingen (vanaf plus of min een half) leiden niet onmiddellijk tot slechter zicht. Ze gaan wel gepaard met permanente inspanning van de oogspie-

ren, waardoor kinderen en volwassenen hoofdpijnklasten hebben en zich minder goed kunnen concentreren.

### Verschil

Hendricks meent dat een dergelijke afwijking het verschil kan maken tussen een advies voor vmbo of een advies voor havo/vwo. Volwassenen met dit oogprobleem verzuimen jaarlijks twee dagen vaker dan met goed functionerende ogen. De afwijking leidt ook tot 'vage klachten'. Volgens Hendricks zijn de verborgen afwijkingen eenvoudig op te sporen bij de gebruikelijke oogkeuringen, maar zijn niet alle huisartsen, bedrijfsartsen en opticiens er van op de hoogte hoe dat moet gebeuren. (PVD)





# “Sturende hand op de achtergrond”



FOTO'S: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / ANITA WIJMAKENS

Zacht als het kan, hard als het moet. Dit credo van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zal iedereen inmiddels kennen. Inspecteur-generaal Gerrit van der Wal laat er dan ook geen misverstand over bestaan dat hij liefst ziet dat initiatieven voor kwaliteitsverbetering uit het veld komen. Ook van de huisartsen dus. Die zullen inzichtelijk moeten maken welke kwaliteit zij leveren.

Frank van Wijck

**H**et kabinet zet fors in op versterking van de eerste lijn. Minister Ab Klink heeft dat recent nog benadrukt met zijn nota Een dynamische eerstelijnszorg. De huisarts speelt in dit proces een grote rol. Is die hier – gezien vanuit het perspectief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg – klaar voor? “Ja”, zegt Van der Wal onomwonden. “En hij zal wel moeten. En moeten willen natuurlijk, maar ik denk ook wel dat hij het kan. De afgelopen jaren hebben zich een aantal zeer goede ontwikkelingen voorgedaan in de huisartsenzorg. Kijk bijvoorbeeld naar de richtlijnontwikkeling. De huisartsen onderscheiden zich hierin heel sterk in positieve zin van andere medische beroepsgroepen. Ook de taakherstelling is een interessant fenomeen gebleken. Die is begonnen in de achterstandswijken, maar krijgt nu elders – bijvoorbeeld in Vinexwijken – ook steeds meer een vaste plaats in de huisartspraktijken, vooral voor chronisch zieken. Dit heeft een goede invloed gehad op het werk in die praktijken en heeft de huisarts veel werk uit handen genomen.”

Over de ontwikkeling van de huisartsenposten was de Inspectie aanvankelijk duidelijk sceptischer. “Dat was een razendsnelle ontwikkeling en die hebben we inderdaad wel met argusogen gevolgd”, zegt Van der Wal. “In het begin bestond de angst dat deze posten tot een uitholling van het vak zouden leiden en de kwaliteit ervan zouden aantasten. De organisatie en de bereik-

baarheid waren in de begintijd ook niet zo best, maar dat is inmiddels duidelijk verbeterd. De huisartsenposten zijn daarmee toch wel een succes gebleken.”

Ook een andere ontwikkeling is nog van belang: samenwerking. Van der Wal was zelf huisarts in de jaren zeventig. Bij uitstek een tijd waarin samenwerking werd gepropageerd van huisartsen met andere zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, tandartsen en openbare apothekers. “Toch bleef die samenwerking in gezondheidscentra en dergelijke lange tijd op zo’n beetje tien procent van de totale huisartsenpopulatie hangen”, zegt hij. “Het heeft nooit doorgezet. Samenwerken is ook niet gemakkelijk natuurlijk. Het heeft invloed op je autonomie en het werd de samenwerkingspartners financieel ook niet gemakkelijk gemaakt. De laatste jaren wordt er echter weer veel meer in geïnvesteerd. Ook de zorgverzekeraars tonen nu interesse om dergelijke samenwerkingsverbanden te faciliteren. Met de komst van de Vinexwijken en met de toenemende behoefte van jongere huisartsen om parttime te werken, is dat een goede ontwikkeling.”

### Transparantie

Toch moet natuurlijk nog wel het nodige gebeuren, nuanceert Van der Wal, want op dit moment is nog onvoldoende duidelijk welke kwaliteit huisartsen leveren. “Dan hebben we het natuurlijk over transparantie”, zegt hij. “Kwaliteit in maat en getal uitdrukken gaat gelukkig steeds beter en als je de gegevens vervolgens bekend maakt, dan is er sprake van de transparantie die we tegenwoordig wensen. Hieraan moet ook in de hele eerste lijn nog het nodige gebeuren, niet alleen bij huisartsen trouwens. De aandacht voor de patiëntveiligheid is nog onderbelicht. Die springt natuurlijk het meest in het oog bij complexe problemen en acute zorg, maar speelt ook in de eerste lijn. Daar bestaat nog geen structuur voor het melden van incidenten zoals die in de ziekenhuizen al wel bestaat, maar ik denk dat de zorgaanbieders in de eerste lijn wel een nieuwe poging moeten wagen om dit voor elkaar te krijgen. Als je met elkaar samenwerkt en je ICT op orde hebt, kan dat ook eenvoudiger.”

Toch blijft het lastig. Samenwerkingsverbanden van meerdere huisartsenposten hebben bijvoorbeeld al geëxperimenteerd met een meldingscommissie, maar merkten dat deze te ver van de praktijk af stond. Niet zo vreemd als je meerdere posten dekt waaraan in totaal honderden huisartsen verbonden zijn. De incidentenmelding werd daarom in zulke samenwerkingsverbanden in tweede instantie veel dichterbij de werkvloer gebracht. “Een logisch probleem”, zegt

“De huisarts moet meer zijn regierol gaan pakken in de zorg voor zijn patiënten”



Van der Wal, “maar het is er wel om opgelost te worden. De ziekenhuizen hebben het melden van incidenten steeds meer op de afdelingen gebracht. Huisartsenposten en gezondheidscentra lenen zich ook voor zo’n aanpak. En ik kan me ook voorstellen dat het aantrekkelijk is voor ze om dit te doen. Ze kunnen er reclame mee maken. En zorgverzekeraars kunnen eisen op dit gebied gaan stellen.”

### Patiëntveiligheid

In juni organiseert de Inspectie het jaarlijkse patiëntveiligheidscongres. Dit jaar zal dat nadrukkelijk in het teken staan van de eerste lijn en het zal twee grote thema’s behandelen: leren van incidenten en medicatieveiligheid. Van der Wal spreekt de hoop uit dat dit voor zorgaanbieders in de eerste lijn een impuls zal zijn om op deze terreinen een actievere rol te gaan vervullen. “Toen we vorig jaar zo’n congres voor de ziekenhuizen organiseerden, heeft het veld zelf een aanpak ontwikkeld om de patiëntveiligheid te vergroten en de Inspectie gevraagd hierop toe te zien”, zegt hij. “Dat kunnen de huisartsen ook doen. Daarop toezicht houden doen we graag. We zien het liefst dat initiatieven voor kwaliteitsverbetering vanuit het veld ontstaan.”

Met het thema medicatieveiligheid is een aantal huisartsen al bezig, stelt Van der Wal. Maar hij vindt wel dat hierin nog veel laaghangend fruit kan worden geplukt. Als voorbeeld noemt hij polyfarmacie bij ouderen. “We weten meer dan voldoende dat veel van deze mensen hun medicijnen niet goed gebruiken en dat er sprake is van interacties”, zegt hij. “Om dit probleem aan te pakken kan bijvoorbeeld eenmaal per jaar een medicatiereview worden gedaan en de huisarts lijkt me de

aangewezen persoon om dit te doen.” Beter dan de openbare apotheker? “Ik denk het wel”, zegt Van der Wal. “De huisarts moet meer zijn regierol gaan pakken in de zorg voor zijn patiënten, zeker voor ouderen die veel medicijnen gebruiken. De huisarts is het best op de hoogte van de gezinssituatie en komt ook nog wel eens thuis. Eenmaal per jaar langskomen en het medicijnkastje opentrekken lijkt me een goede zaak voor hem. Daarnaast speelt de apotheker een belangrijke rol in het bewaken van mogelijke interacties. Maar eigenlijk maakt mij niet zoveel uit welke van deze twee partijen het oppakt. Als ze het maar onderling afstemmen en als het maar gebeurt.”

### Accreditatie

De constructie van de M+I-verrichtingen maakt het voor de huisarts aantrekkelijk zelf kleine verrichtingen te doen. De vraag is alleen: hoe weet de patiënt dat zijn huisarts hiertoe bekwaam is? “De huisartsen zullen iets moeten ontwikkelen – registratie, accreditatie – waarmee ze laten zien dat ze die bekwaamheid hebben”, zegt Van der Wal. “We zien het liefst dat het veld dit zelf ontwikkelt, maar constateren wel dat dit wat sneller zou mogen gaan. Ik kan me voorstellen >>



Gerrit van der Wal:  
“De basis moet natuurlijk blijven dat de patiënt zijn huisarts kan vertrouwen, maar toch lijkt het me wel een goede zaak als die huisarts een soort diploma aan de muur heeft hangen dat laat zien dat hij bijvoorbeeld kleine verrichtingen kwalitatief goed kan uitvoeren.”

dat de beroepsvereniging het op termijn gaat eisen als voorwaarde voor het lidmaatschap. De basis moet natuurlijk blijven dat de patiënt zijn huisarts kan vertrouwen, maar toch lijkt het me wel een goede zaak als die huisarts een soort diploma aan de muur heeft hangen dat laat zien dat hij die kleine verrichtingen kwalitatief goed kan uitvoeren. En het is dan ook goed als hij kan aantonen hoeveel van die verrichtingen hij per jaar doet, want we weten dat een laag volume zich vertaalt in een hoog risico. Het is in beginsel de beroepsgroep zelf die bepaalt wat daarin het minimumaantal moet zijn. Ik ging in de jaren zeventig spiraaltjes plaatsen en ben daar maar gewoon mee begonnen. Maar in het licht van het huidige kwaliteitsdenken lijkt het mij goed als een huisarts gedocumenteerd kan laten zien hoe hij het doet, hoe vaak en met hoeveel complicaties. Combineer je dat met de gedachte aan transparantie, dan kan ik me voorstellen dat huisartsen die gegevens ook opvraagbaar maken voor hun patiënten of er zelfs mee gaan adver-

teren. Ook hier weer geldt: wij laten dit het liefst aan het veld zelf over. Maar het ligt voor de hand dat zorgverzekeraars en de Inspectie vragen zullen gaan stellen op dit gebied. En als ons signalen bereiken dat een bepaalde verrichting in de huisartspraktijk onveilig is, dan ligt een nader onderzoek voor de hand.”

### Acute zorg

Die gedachtelijn – “We laten de kwaliteitsontwikkeling het liefst aan het veld zelf over” – vormt een rode draad in alle uitspraken die Van der Wal doet. Hetzelfde gaat als het gesprek in de richting van de acute zorgketen gaat. Hij zegt: “Het is aan het veld om op basis van evidence en professionaliteit vast te stellen wat goede zorg is. Wij toetsen dat en als het veld het laat liggen, bepalen wij de norm op basis waarvan wij toezicht gaan houden. Wij hebben dus geen opvatting over hoe de huisartsen de huisartsenposten moeten opzetten en of ze die al dan niet moeten integreren met afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen. We-

tenschappelijk onderzoek dat aantoont dat deze integratie meerwaarde heeft, is er nog niet. Maar het ligt voor de hand dat in enige mate sprake moet zijn van binding tussen de huisartsenpost, de ambulancedienst en de afdeling spoedeisende hulp. Wij kijken wel met enige regelmaat naar die keten, want die moet wél functioneren. Later dit jaar zal een onderzoek naar de kwaliteit van de eerste hulp in gang worden gezet en in het kader daarvan zullen we ook die keten in ogenschouw nemen. Maar wij doen niet aan vergelijkend onderzoek. Een onderzoek dat aantoont of de integratie van huisartsenpost en afdeling spoedeisende hulp meerwaarde heeft, zou uit het veld of uit de wetenschap moeten komen.

### Preventie

Dan rest nog het onderwerp preventie. “De gedachte dat voorkomen beter is dan genezen is heel oud”, zegt Van der Wal, “maar het kwam er niet zo van. Dat is ook begrijpelijk, want de huisarts wordt met een curatieve mindset opgeleid en er zijn geen incentives voor preventie. Waarbij ik aantekenen dat controle op het te lang voorschrijven van benzodiazepinen of NSAID's voorschrijven zonder een maagbeschermer iets anders vindt dan de definitie die we doorgaans hanteren voor preventie. Beide zijn voorbeelden die toch alweer dichterbij de zorg liggen. Bij preventie denk ik meer aan invloed uitoefenen op het voorkomen van evidente gezondheidsproblemen als obesitas. Toch is hier een kentering in het denken merkbaar. Op dit gebied moet sprake zijn van een combinatie van collectieve en individuele preventie in termen van leefstijl. Lang is onduidelijk geweest of interventies en adviezen op dit gebied wel hielpen, maar nu is daarover veel meer bekend en dat motiveert om er wat aan te doen. Zorgverzekeraars stimuleren dit ook, waardoor de vrijblijvendheid verdwijnt. En als op een gegeven moment sprake is van best evidence, is denkbaar dat de Inspectie daarop in haar toezicht gaat letten. Al moet ik toegeven dat dit een veel lastiger vorm van toezicht houden is. Deze vormen van preventie moeten toch vooral komen uit de intrinsieke behoefte van de huisarts en de vraag van de patiënt.” ■



PORTRET:

# Thea Bos

## Verliefd op Noorse fjordenpaarden Huisarts en paardenliefhebber

Met hun isabel-kleurige vacht, een soort beige-bruin, en hun tweekleurige manenkam zien ze er prachtig uit. Ze zijn vriendelijk, goedgehartig, slim, sociaal, robuust en gevoelig. Daarom houdt Thea Bos van Noorse fjordenpaarden. Tot haar vierenvestigste had ze niets met paarden. Dat veranderde toen ze een huis kon kopen waar stallen bij hoorden. Een vriendin had paarden en daardoor had Thea Bos plotseling ook paarden aan huis. "Het begon met water en hooi geven en langzamerhand raakte ik verliefd. Ik leerde rijden en in het begin gaat dat allemaal nog onhandig. Want hoe maak je een paard duidelijk wat jij wilt? Gaandeweg wordt het steeds subtieler. Het hoogst bereikbare is als je paard lekker ontspannen loopt en niemand ziet wat je doet, of je wel iets doet, en je paard als het ware op je ademhaling loopt."

De twee Noorse fjordenpaarden, ruin Jordie en merrie Wyra, leven in een groep met een statige Fries, twee IJslandse paarden en een fjordenpaard

van over de dertig, die in Blesdijke een mooie oude dag beleeft. Eigenlijk is het begonnen met ezels. Als kind las Thea Bos een boek over ezels die hard moesten werken en het zwaar te verduren hadden. Haar meisjeshart liep over van medelijden. "Ezels zijn eigennuttig en vasthoudend, net als fjordenpaarden. Als die iets niet willen, doen ze het niet. Karakter! Ze zijn lekker stevig en 's winters krijgen ze een dikke vacht, dan zijn het net beren." Het non-verbale contact is het leukste. "Luisteren naar je paard en reageren. Een leerproces voor mens en paard. Dat kan confronterend zijn. Wij lopen buiten en ineens verzet Jordie geen stap meer. Is-ie lui of doe ik iets anders dan wat ik denk dat ik doe? Zo leer je niet alleen je paard kennen, maar ook jezelf. Wyra is nog jong, buiten rijden met haar vind ik best enerverend. Dat voelt ze en dus gaat ze harder lopen. Als ik me ontspan, begint ze rustiger te stappen. Dat samen leren is het leuke." (EVT)



HIS-en worden knooppunten in de zorg

# Op zoek naar een HIS

Huisartsen behandelen patiënten en registreren de gegevens daarvan. De huisartseninformatie-systemen (HIS-en) spelen daarin een belangrijke schakel. Dat betekent niet dat alle huisartsen ICT-specialist moeten zijn, maar wel dat ze een HIS nodig hebben dat betrouwbaar en toekomstbestendig is. Welke aspecten zijn van belang voor huisartsen die een keuze moeten maken omdat ze voor het eerst een HIS aanschaffen of van HIS willen veranderen? Een inventarisatie.

Gerda Mensink

**H**IS-en zijn niet meer weg te denken in de huisartsenpraktijken. Op de Nederlandse markt zijn meer dan tien verschillende systemen. Sommige zijn er al jaren, anderen komen net kijken. De grootsten hebben meer dan 1000 gebruikers, de kleinsten enkele tientallen. De eerste versies zijn ruim 20 jaar geleden ontworpen als opvolger van de groene kaart en om het declareren van particuliere verrichtingen te vergemakkelijken. Inmiddels hebben ze een uitgebreid takenpakket en ondersteunen ze huisartsen bij hun corebusiness, de organisatie van de zorg en de bedrijfsvoering. Technische mogelijkheden, veranderingen en nieuwe ontwikkelingen in de huisartsenzorg zorgen voor steeds meer wensen en eisen inzake HIS-en. Zo bracht de nieuwe zorgwet een compleet nieuw declaratiestelsel met zich mee en vraagt ketenzorg om steeds meer uitwisseling van medische gegevens. Op die manier worden HIS-en naast ondersteunende systemen, ook knooppunten in de zorg.

Landelijk gezien zijn er namens de gebruikers drie belangrijke spelers actief in het huisartsgeneeskundige ICT-veld. LHV, NHG en NedHis, de vereniging van gebruikersverenigingen (GV-en). LHV als belangenbehartiger voor haar leden, voor regie en randvoorwaarden. NHG voor het referentiemodel en standaarden. NedHis die afstemt hoe de verschillende zaken worden ingebouwd in de pakketten. Deze drie bundelen steeds vaker hun krachten.

## Vertrekpunt

Bij de zoektocht naar een HIS is het verstandig om in eerste instantie te kijken naar de HIS-en die collegae in de directe omgeving gebruiken, in HAGRO of HOED. Er is veel voordeel te behalen door hetzelfde systeem te gebruiken. Vanwege de onderlinge communicatie en uitwisseling tijdens waarnemingen, bijvoorbeeld. Het is gemakkelijk om met een collega uit de buurt te kunnen overleggen als er zich problemen voordoen. Huisartsen die kiezen voor een systeem dat weinig wordt gebruikt in de regio, lopen het risico dat waarnemers, stagiaires en invallers daarmee minder goed overweg kunnen.

Een tweede principiële en tegelijk praktische zaak is of de keuze voor een HIS dat gekoppeld is aan een apotheekstelsel, een

optie is. Geld en gemak zijn daarbij een issue. Veelal betaalt de apotheek in zo'n geval een gedeelte van de kosten. Huisartsen hebben geen omkijken naar het beheer en het receptenverkeer is goed geregeld. De kwestie daarbij is of een huisarts op die manier afhankelijk wil zijn.

Veel huisartsen zijn gehecht aan hun HIS, ze zijn eraan gewend en hun werkwijze is erop afgestemd. Tegen een overstap naar een ander HIS zien ze enorm op. Toch leert de praktijk dat een goed voorbereide systeemoverstap minder ingrijpend is dan veel huisartsen denken. Bij de oriëntatie op een HIS zijn voor een nieuwe of bestaande gebruiker de adviezen in principe hetzelfde. Behalve als een praktijk nog flink moet groeien. Dan is het handig om een HIS te kiezen dat overweg kan met het nieuwe EPD-overdrachtbericht. Daarmee kunnen patiëntendossiers elektronisch verhuizen van de oude naar nieuwe huisarts en dat scheelt veel werk.

## Wat moet het HIS kunnen?

HIS-en hebben drie hoofdfuncties. De ondersteuning in het primaire huisartsgeneeskundige zorgproces en in de organisatie en administratie die daarmee samenhangen. Alle drie spelen een rol in het dagelijks werk, het afleggen van verantwoording en communicatie. Al deze drie terreinen zijn in beweging. Steeds meer verschillende mensen gebruiken een HIS. Patiënten willen graag toegang tot hun dossier en elektronisch een

**“Experts verwachten dat het aantal HIS-en op termijn zal verminderen”**

herhaalrecept aanvragen of een afspraak maken. Het declaratieverkeer wordt steeds complexer. De BAC ICT – de beleidsadviescommissie ICT van de LHV – heeft het afgelopen half jaar geïnventariseerd wat HIS-en zouden moeten kunnen. Zij hebben daarbij ook prioriteiten gesteld voor de korte termijn. Aan de hand daarvan kan gekeken worden in hoeverre een HIS bij





FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE

de tijd is en blijft. Naast het al genoemde verhuisbericht, moet er bijvoorbeeld een aangepaste Tabel 25 (gebruiksvoorschriften voor medicatie) komen en op een handig werkbare manier en worden geïmplementeerd. Het moet mogelijk zijn om afhankelijk van de verzekeraar verschillende tarieven voor dezelfde prestaties te declareren. De retourinformatie van zorgverzekeraars moet probleemloos ingelezen worden. De communicatie die nodig is om te werken met BSN (burgerservicenummers) en de ION-database (inschrijving op naam) moet mogelijk zijn, zodra die gebruikt kunnen worden. Daarmee komt een einde aan de administratieve rompslomp die ontstaat als twee huisartsen het inschrijftarief voor dezelfde patiënt declareren. Elke HIS moet de gegevens van diabetespatiënten – gebaseerd op de diabetesindicatoren – kunnen uitspoelen ter verantwoording van de geleverde zorg. Voor de HIS-ondersteuning in de directe patiëntenzorg is er het Referentiemodel 2005 van het NHG (de opvolger van het WCIA –HIS-referentiemodel 95). Het is een soort standaard voor ICT-functie-eisen in de huisartspraktijk, een raamwerk voor het elektronische medisch dossier. De landelijke spelers in het huisartsen-ICT-veld zijn het eens over het belang van deze vorm van standaardisering want die vormt de basis voor een goede onderlinge uitwisseling van medische gegevens. Ook al wordt er nog gewerkt aan verfijningen en aan-

passingen, toch kan dit referentiemodel worden gebruikt om te kijken in hoeverre een HIS kiest voor gestandaardiseerde landelijke of eigen oplossingen, bijvoorbeeld ten aanzien van de gebruikte tabellen.

### **Uitwisselen van gegevens**

De communicatiemogelijkheden van een HIS worden steeds belangrijker. Communicatie met apotheker, met laboratorium, met ziekenhuis, en ook met zorgverzekeraars, Vecozo en patiënten. En niet te vergeten met de huisartsenpost. Is communicatie daarmee heen en terug mogelijk via OZIS? Hoe is de kwaliteit daarvan? De praktijk wijst uit dat er wat dat betreft grote verschillen bestaan, variërend van stabiel en goed tot wisselend en problematisch.

Ook communiceren via de landelijke ICT-zorginfrastructuur, het landelijke schakelpunt (LSP), komt in zicht. Om toegang te krijgen moet een HIS niet alleen beschikken over de juiste communicatiemogelijkheden maar ook voldoen aan de GBZ-eisen (Goed Beheerd Zorgsysteem). Een set van eisen die regelt hoe er betrouwbaar en beveiligd gecommuniceerd kan worden, met behoud van privacy en alleen door zorgverleners die daartoe gemachtigd zijn. Op dit moment zijn er twee HIS-en goedgekeurd voor het LSP. Enkele andere hebben toegezegd de aanpassingen



die nodig zijn voor certificering door te voeren. Wie in zee gaat met een HIS dat niet op tijd aan de eisen voor gegevensuitwisseling via het LSP voldoet, zou subsidies kunnen mislopen. Er komt namelijk een subsidie voor huisartsen die in 2008 en 2009 al hun patiënten aanmelden bij het LSP.

Een punt om bij stil te staan is een goede 24-uursbeschikbaarheid van de medische gegevens, een belangrijke GBZ-eis. Dat heeft consequenties voor de setting. Waarschijnlijk betekent het dat een HIS deel moet uitmaken van een groter geheel: het beheer kan ondergebracht worden bij een ASP-provider of onderdeel uitmaken van een (apothekers)netwerk, mits die bereid zijn aan de eisen te voldoen.

### GV-en en HIS-leveranciers

Continu wordt gewerkt aan verbeteringen en veranderingen van de HIS-en. De meeste, maar niet allemaal, hebben een gebruikersvereniging die daarover contacten onderhoudt met de leverancier. Aan de hand van eisen, wensen en mogelijkheden worden er jaarplannen gemaakt. In de meeste gevallen zijn de leden van een gebruikersvereniging de gebruikers van de pakketten van één leverancier. Eén gebruikersvereniging verenigt de gebruikers van vijf verschillende pakketten gemaakt door drie verschillende HIS-leveranciers. In NedHis werken een aantal gebruikersverenigingen samen aan de oplossing van HIS-overstijgende problemen. Ook dat kan een overweging zijn. NedHis heeft in 2007 bijvoorbeeld het initiatief genomen om de diabetesindicatoren vast te stellen en het EPD-overdrachtbericht te ontwikkelen. Sommige HIS-en zijn eigendom van de gebruikers zelf, andere van commerciële bedrijven die meerdere ICT-producten in de markt zetten.

Blijft een HIS bij de tijd? Het is moeilijk om in de toekomst te kijken. Maar op basis van het verleden kunnen wel zaken duidelijk worden. Hoeveel heeft een leverancier de afgelopen jaren geïnvesteerd in zijn HIS? Waaraan zijn de ontwikkelbudgetten besteed? Welke nieuwe functies zijn er naast de verplichte zaken – zoals het nieuwe declaratiesysteem – aan het HIS toegevoegd?

Zijn de jaarplannen gerealiseerd?

Er zijn oude, vernieuwde en spiksplinternieuwe HIS-en op de markt. Sommige HIS-en verdwijnen als de opvolger eenmaal goed en wel in de markt is gezet. Een nieuw HIS heeft in de startfase vaak kinderziektes. Misschien is het verstandig om te wachten tot een HIS zich bij voldoende gebruikers heeft bewezen.

Deskundigen verwachten dat het aantal verschillende HIS-en op den duur minder wordt. Tot nu toe is dat niet het geval. Maar als een HIS verdwijnt of achterblijft in ontwikkelingen, is het van belang dat er een overstap gemaakt kan worden met behoud van alle gegevens. Van een aantal oudere HIS-en is bekend dat de gegevens er snel, volledig en goed uitgehaald kunnen worden. Van die systemen bestaan ook goede conversies naar andere HIS-en. Met nieuwere HIS-en is nauwelijks ervaring op dit terrein. Wellicht vormt het nieuwe EPD-overdrachtbericht de basis om gegevens te exporteren. Er zijn ook HIS-en waaruit gegevens (nog) niet gemakkelijk en betrouwbaar en alleen tegen hoge kosten uit te spoelen zijn.

### Persoonlijke touch

Vergeet niet de persoonlijke touch. Of iemand nu een auto koopt of een HIS, smaak en emotie spelen een rol. Smaak in de zin van look-and-feel en emotie meestal gebaseerd op eigen positieve of negatieve ervaringen en verhalen van collega's. Probeer een systeem te kiezen dat past bij de praktijk en de mensen die erin werken. Gebruikersgemak is gedeeltelijk subjectief maar speelt een belangrijke rol. In hoeverre ondersteunt een HIS episodegericht registreren bijvoorbeeld? Of hoe gemakkelijk vind je de juiste ICPC-code? Daar kom je achter door aan het werk te gaan met een HIS. Misschien kan dat bij een collega of tijdens een demonstratie door de HIS-leverancier.

Er zijn nog talloze andere zaken die een rol kunnen spelen bij het kiezen van een HIS. Hoeveel tijd en geld wilt u eraan besteden? Koerst u in de dagelijkse gang af op het HIS of wilt u zelf van alles en nog wat in kunnen stellen? Ook een punt zijn de contracten met leveranciers. Welke garantie en service bieden ze, hoe goed is de helpdesk bereikbaar, wat is de looptijd van het contract en hoeveel moeite kost het om een contract eventueel te verbreken?

### Consumentbondfunctie

Voor de LHV is ICT speerpunt van beleid. Zij realiseren zich dat het moeilijk kiezen is in HIS-land. Daarom gaat de LHV in 2008 vorm geven aan haar consumentenbondfunctie door ervaringen met HIS-en in kaart te brengen en te vergelijken. Tegelijkertijd zullen ze meer kaders en normen formuleren zodat huisarts alleen of in groter verband handvatten hebben om een juiste HIS-keuze te maken. ■

*In het vervolgartikel in het aprilnummer van Huisarts in Praktijk wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen in de huisartsgeneeskundige zorg op iets langere termijn en de consequenties daarvan voor de HIS-en. Bovendien wordt bekeken waar huisartsen terecht kunnen voor deskundige ondersteuning bij de keuze van een HIS. Een praktische checklist die u kunt gebruiken bij het maken van een keuze voor een HIS vindt u op de website van de LHV.*





“Perfekte geluidsisolatie werkt niet als de deur open blijft staan”

## Meer oog voor privacy van de patiënt

Aan de privacy in huisartsenpraktijken valt nog wel het een en ander te verbeteren, concludeerde de Consumentenbond na een enquête onder ruim vierhonderd consumenten.

Els van Thiel

“Wij geven uitvoerige adviezen met het oog op de privacy van patiënten”, zegt Anda Broek, coördinator van de Bouwadviesgroep LHV, in een reactie op het onderzoek. “Maar er zijn nog veel praktijken waarvan de indeling vatbaar is voor verbetering. En als er iets schort aan de attitude van de huisarts of de assistenten, is dat niet op te lossen met bouwkundige ingrepen.” Nu is het natuurlijk altijd zo dat ontevreden hun hart graag luchten, maar de uitkomsten van de enquête van de Consumentenbond geven wel te denken. Zo’n 30 procent van de ondervraagden oordeelt dat de privacy bij de huisarts niet goed geregeld is. Ruim tweederde zei de gesprekken aan de balie te kunnen zien vanuit de wachtruimte. Een kwart kon ze zelfs woordelijk verstaan.

“Wij adviseren over de functionele indeling van de praktijk. De uitgangspunten waarop die gebaseerd zijn, hebben vaak te maken met privacy”, zegt Anda Broek van de Bouwadviesgroep LHV. “Dát is wat telt voor patiënten. Dat begint direct bij binnenkomst al. Het is zaak dat de ruimte vóór de balie zo groot is dat je goed afstand kunt houden als daar iemand staat te praten. Vergelijk het met een postkantoor, waar je achter de streep moet blijven. Een gesloten wachtkamer zorgt ervoor dat wachtenden niet kunnen meeluisteren met de gesprekken aan de balie. Bij nieuwbouw en verbouw houden we daar rekening mee. Dat is niet altijd gemakke-

lijk, want veel bestaande praktijken zijn klein behuisd.” Laatst bezocht de coördinator van de Bouwadviesgroep een van de geadviseerde praktijken. Een functionele, moderne praktijk met onder meer een royale back office. “Wij adviseren om in de grotere praktijken aan de balie - de front office - alleen de patiënten te ontvangen. De back office is de plek om telefoontjes af te handelen, de triage te doen en afspraken te maken. Wie schetst mijn verbazing toen ik merkte dat de assistenten de telefoontjes aan de balie afhandelden. ‘Ach, zo zijn wij dat gewend, de patiënten weten dat’, zeiden ze. Typisch een kwestie van attitude.”

### Beletlamp

Privacy is een van de prioriteitseisen voor een functionele indeling van een huisartsenpraktijk. De Bouwadviesgroep LHV geeft bij verbouw en nieuwbouw een groot aantal adviezen over privacy. Dat kan zitten in de draairichting van een deur, in de indeling van de onderzoekkamer en in de geluidsisolatie van privacygevoelige ruimten. “Maak de draairichting van de deur van de onderzoekkamer zo dat de assistente die even binnenkomt niet onmiddellijk de patiënt die ontkleedt op de bank ligt in

het oog krijgt. Zorg dat dan de spreekhoek in het blikveld ligt. Ook de beletlamp naast de deur op de gang is belangrijk.”

Anda Broek is een rijke bron van adviezen. “De onderzoekkamer moet zo ingedeeld zijn dat de arts als hij na het onderzoek zijn handen wast met de rug naar de patiënt staat die zich aan het aankleden is. Als de arts vervolgens naar zijn bureau loopt, moet hij zich niet langs een patiënt hoeven te wurmen die misschien wat meer ruimte nodig heeft bij het aankleden. Geluidsisolatie tussen privacygevoelige ruimten is een must en extra belangrijk is als zo’n ruimte grenst aan een openbare ruimte als de wachtkamer.”

De Bouwadviesgroep LHV is zich welbewust van het belang van privacy, benadrukt Broek. “We doen er alles aan. Maar de geluidsisolatie kan nog zo perfect zijn, als je deur open laat staan...”

Een kwestie van attitude dus. “Het is paradoxaal dat hoe meer alles in de openbaarheid terecht komt, des te meer we hechten aan privacy. Overal hangen camera’s en iedereen smult van medische programma’s, maar als het over onze eigen ziekten gaat, stellen we hoge prijs op privacy. Gelukkig houdt het merendeel van de huisartsen daar goed rekening mee.”



FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / ANTIM WIJNARDIS

De lusten en lasten van promoverende huisartsen

# Huisartsenvak versterken door wetenschappelijk onderzoek



Ze zoeken verdieping en willen hun passie voor wetenschappelijk onderzoek uitleven. Ook omdat het belangrijk is voor het huisartsenvak. Dat zeggen huisartsen die aan een promotie werk(t)en. Promoveren naast je opleiding tot huisarts of je drukke praktijk, waarom doe je dat? "Ik heb een ongelooflijk leuke tijd gehad, het was geen martelgang, absoluut niet."

Corina de Feijter



**E**ls Licht-Strunk promoveert 18 april aanstaande op het onderwerp de prognose van depressie bij ouderen in de huisartspraktijk. Voor het onderzoek is een groep van vierhonderd depressieve ouderen drie jaar lang gevolgd. Zij is een aiotho (zie kader) en dat houdt in dat zij haar opleiding tot huisarts gecombineerd heeft met onderzoek. Het is vooral de afwisseling van praktijk en onderzoek die haar aanspreekt. “Ik heb deze combinatie niet als pittig ervaren. Ik heb genoeg tijd overgehouden voor een sociaal leven. Ik ben ook nog twee jaar junior-redactielid geweest bij Huisarts & Wetenschap. Je moet wel goed organiseren en plannen en steeds kunnen omschakelen. De ene dag werk je als huisarts en de andere dag zit je achter je bureau data te analyseren en na te denken. Dat was wel eens lastig als ik een artikel moest schrijven. Dan is het handiger om daarvoor een aaneengesloten tijd te reserveren.”

In 2001 studeerde ze af aan de VU en ze is nog voor haar doctoraal begonnen aan het promotieonderzoek. “Tijdens mijn co-schappen vond ik alle vakken leuk. Ik wist toen al dat het huisartsenvak me aansprak, net als het kleinschalige karakter van een praktijk. Een internist vroeg me of onderzoek niet iets voor mij was. Ik ben gaan informeren naar de mogelijkheden en kwam terecht bij mijn co-promotor Harm van Marwijk.”

### De mens achter getallen

Voor het combineren van de huisartsopleiding met de opleiding tot onderzoeker staat zes jaar. Licht heeft er een jaar langer over gedaan. “In het tweede jaar loop je een aantal stages. Ik heb toen ook een paar maanden aan het onderzoek besteed. Het prettige was dat het verzamelen van data tijdens mijn stages doorging. Via e-mail kon ik gemakkelijk vragen beantwoorden en bleef ik op de hoogte van de voortgang. Het hangt natuurlijk van het soort onderzoek af of je het zo kunt aanpakken.” In het eerste en laatste jaar van de huisartsopleiding werkte Licht deels fulltime en deel parttime in de huisartspraktijk. Naast een eigen praktijk promoveren lijkt haar niet gemakkelijk. “Het is fijn dat je op deze manier niet de sores van een eigen praktijk hebt of medeverantwoordelijk bent. Ik kon aan het eind van de dag de deur van de praktijk slui-

ten en me de volgende dag weer richten op mijn onderzoek.”

Licht zou niet fulltime onderzoek willen doen, het gaat haar juist om de combinatie met het werken als huisarts. “Ik zie in de praktijk ook oudere mensen en krijg te maken met complexe situaties. Ik kijk daardoor anders naar de getallen die uit mijn onderzoek komen. Ik realiseer me nog meer dat er een mens achter schuilt. Het gaat mij om die wisselwerking. Je ziet wat er ontbreekt aan kennis en wat relevant is voor de praktijk. Als we het huisartsenvak verder willen professionaliseren, hebben we baat bij multidisciplinaire onderzoeksteams met liefst huisartsen erin die weten hoe het er aan

dat het de continuïteit van de patiëntenzorg niet ten goede komt. Maar chronische patiëntenzorg kun je juist goed plannen. Het is meer onwetendheid en vooroordelen die hier een rol spelen.”

Licht werkt nu als hidha in een groepspraktijk in Amstelveen. “Ik ga meedelen over het vormgeven van de poh ggz. Dat sluit ook aan bij mijn onderzoek.” Daarnaast is ze tot 2009 in dienst bij het VUmc als postdoctoraal onderzoeker.

### Zoektocht

Huisarts en LHV-bestuurder Jettie Bont heeft onderzoek gedaan naar een model dat het beloop van lage luchtweginfecties bij ouderen kan voorspellen. Zij

“Informeert op tijd naar de mogelijkheden voor onderzoek”

toegaat in een spreekkamer. Zodat we behandelingen krijgen die uitvoerbaar zijn en waarmee we mensen kunnen helpen. Daar doen we het uiteindelijk toch voor.” Degenen die ook dit traject willen volgen, adviseert ze om op tijd te gaan rondvragen naar de mogelijkheden en contact te leggen. “Je moet toegelaten zijn tot de huisartsopleiding en er moet een onderzoeksproject zijn. Hier bij het VUmc willen we meer aiotho's gaan aannemen.” Licht was destijds de eerste aiotho bij het VUmc “Dat was wel lastig, veel zaken waren nog niet bekend, ik heb zelf veel moeten regelen.” Natuurlijk kende het promotieonderzoek pieken en dalen. “Daar loopt iedereen tegen aan. Je moet soms ook rust in je hoofd hebben. In de praktijk heb je dagen dat je alleen maar aan het rennen bent. Je spreekuur zit vol en dan gaat het vanzelf. Maar de volgende dag zit je weer achter je bureau en computer en moet je omschakelen en zelf de motivatie opbrengen.”

Licht vertelt dat sommige collega's moeite hebben met aios die parttime de huisartsopleiding volgen naast hun onderzoek. “Zelf heb ik daar geen last van gehad, maar sommige opleiders vrezen

is op 15 februari dit jaar op dit onderwerp gepromoveerd aan de Universiteit Utrecht. Ze had ook de wens om naast de huisartsopleiding promotieonderzoek te gaan doen en ze koos daarom voor het aiotho-traject.

“Het huisartsenvak is breed en ik had behoefte aan verdieping. Ik had gewoon zin om onderzoek te doen. Tijdens mijn eerste jaar van de huisartsopleiding aan de Universiteit van Amsterdam ben ik op zoek gegaan naar een onderwerp. Niet elk onderwerp was geschikt omdat ik het onderzoek moest kunnen combineren met mijn huisartsopleiding. Ik moest het onderzoek kunnen stilleggen vanwege mijn opleiding. Dat betekende dat de geldstroom voor het onderzoek langer moest doorlopen.” De zoektocht naar een geschikt onderwerp kost tijd. Daarnaast heeft Bont toestemming moeten vragen aan de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie om haar opleiding te mogen onderbreken voor het onderzoek. Deze toestemming heeft ze gekregen. “Ook moest ik in het begin een aantal zaken regelen rond mijn zorgverzekeraar en pensioenopbouw. Er was steeds gedoe over bij wie ik





in dienst was: het UMC of de SBOH, met als gevolg dat ik steeds een ander inkomen had. De LOVAH, waarvan ik destijds voorzitter was, heeft een goede regeling kunnen treffen met de SBOH om hieraan een einde te maken. Dat maakte het ook aantrekkelijker om het aiotho-traject te gaan volgen."

Bont heeft het voornamelijk als leuk ervaren en soms wat zwaar. "Ik heb een jaar aan mijn onderzoek kunnen besteden en in dat jaar niet als huisarts-in-opleiding gewerkt. Ook had ik hulp bij praktische zaken, zodat het onderzoek doorliep als ik in de praktijk werkte." Ook het omschakelen was soms lastig. "Je bent eigenlijk nooit klaar. De praktijkperikelen met patiënten vind ik leuk. Daarnaast beet ik me vast op longziekten. Maar de opleiding tot huisarts en het doen van onderzoek vullen elkaar mooi aan." Ze benadrukt dat het belangrijk is een onderwerp te kiezen waarmee je affiniteit hebt. "Onderzoek vereist voor een deel veel logistiek en dan moet je doorzetten. Dat lukt minder als het onderwerp je niet zo aanspreekt." Ook adviseert ze om zo vroeg mogelijk te beginnen met onderzoek. Het lijkt haar moeilijker als je eenmaal als huisarts werkt. "Het is dan een grote stap om minder te gaan werken in je praktijk. Dat ervaren de meesten als belastend. Daar komt bij dat je dan gewend bent aan een bepaald inkomen."

Volgens Bont is goed wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn essentieel. Dat speelde ook een rol bij haar keuze om te promoveren. "Veel onderzoek wordt nog verricht in de tweede lijn en daar kunnen we als huisartsen niet veel mee. We moeten ons realiseren dat dit onderzoek de basis vormt van onze standaarden en richtlijnen. De uitkomsten van het onderzoek zijn direct toepasbaar in de huisartspraktijk."

#### Zware wissel

De belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek is bij Wim Opstelten, huisarts in een Hoed in Amersfoort, gewekt toen hij als tropenarts in Nigeria werkte. Daar schreef hij ieder jaar een annual report waarin hij gegevens als gemiddeld geboortegewicht, perinatale sterfte en aantallen vaccinaties vermeldde. De

jaarlijkse veranderingen wekten bij hem de belangstelling voor de epidemiologie. Terug in Nederland ging hij als huisarts werken. Hij volgde cursussen in epidemiologie en kreeg de kans om onderzoek te doen, onder meer naar gordelroos. Dat werd later het onderwerp van zijn promotie. "Primair is de belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek, het promoveren is daaraan secundair. Het is de meest slechte motivatie om alleen onderzoek te doen vanwege het verkrijgen van de doctorstitel." De combinatie van een praktijk voeren en onderzoek doen trekt een zware wissel op jezelf, stelt Opstelten. "Maar het was een ongelofelijk leuke tijd, ik heb er nooit spijt van gehad. Het was absoluut geen martelgang. Het vraagt flexibiliteit en inventiviteit van jezelf, maar ook van de praktijkmedewerkers. Ik heb geboft, omdat ik al jaren samenwerk met goede collega's. Ook hebben we een goede praktijkvoering wat me een rustig gevoel gaf. De zorg voor patiënten is absoluut niet in het geding geweest. Twee dagen per week werkte ik aan mijn onderzoek. Het heeft natuurlijk financiële gevolgen, je inkomen als onderzoeker ligt beduidend lager maar dat was voor mij geen reden om het daarom niet te doen. Mijn gezinsleven en mijn sociale contacten zijn er niet bij ingeschooten. Het laatste jaar was zwaar, toen heb ik een aantal zaken moeten laten schieten." Volgens Opstelten verkeren juist praktise-

"Zorg voor een goede basis waarop je kunt terugvallen"





rende huisartsen in een goede positie om wetenschappelijk onderzoek te doen. “Ze kennen het veld goed en kunnen beoordelen welk onderzoek uitvoerbaar is, ook in een drukke huisartsenpraktijk. Onderzoek doen betekent veel literatuur lezen en in mijn geval proberen genoeg huisartsen te motiveren om aan mijn onderzoek mee te doen. Daarom heb ik drie jaar lang elke maand een nieuwsbrief geschreven over steeds een ander aspect van gordelroos. Dat kost veel inspanning. Mijn proefschrift schreef ik in de avonduren.” Ook Opstelten benadrukt dat wetenschappelijk onderzoek van belang is voor het huisartsenvak. “Veel onderzoek vindt plaats in de tweede lijn en de uitkomsten daarvan zijn niet altijd toepasbaar in de eerste lijn. Ook is het belangrijk dat er onderzoek plaatsvindt naar kleine kwalen, waarvan de diagnostiek en de behandeling in de eerste lijn plaatsvinden en waarnaar vaak weinig onderzoek is verricht. Overigens vind ik dat er ook ruimte moet zijn voor onderzoek dat niet direct consequenties voor de praktijk heeft. Zelf heb ik onder meer het geslachtsverschil bij gordelroos onderzocht; niet van praktisch belang voor de huisarts, maar wel wetenschappelijk interessant.”

Zijn adviezen: “Kies een onderwerp dat je echt interesseert, anders hou je het niet vol. Je moet tegenslagen kunnen incasseren en over doorzettingsvermogen

beschikken. Je moet ook een goede basis hebben waarop je kunt terugvallen. Voor een solist lijkt me het lastiger om te promoveren.”

#### Dubbele verantwoordelijkheid

Geert-Jan Geersing heeft vorig jaar zijn huisartsenopleiding afgerond. Hij hoopt over twee à drie jaar te promoveren aan de Universiteit Utrecht op het onderwerp trombose en longembolie in de huisartspraktijk en werkt momenteel twee dagen als hidsa in Heerde. “Ik ben eigenlijk een vreemde eend in de bijt, want ik ben met onderzoek begonnen direct nadat ik klaar was met mijn huisartsenopleiding. Ik ben een van de weinigen die dit zo doen. Echt als aiotho aan de slag gaan bleek niet goed mogelijk. Er moet wel een onderzoeksplek beschikbaar zijn”, zegt hij. Ook voor hem geldt dat hij groot belang hecht aan wetenschappelijk onderzoek voor het huisartsenvak. “Ik geloof dat wij ons vak sterk kunnen houden door onderzoek, dat is belangrijk voor de individuele huisarts en de beroepsgroep. Daarom werk ik in de praktijk en doe ik daarnaast onderzoek. Dat zie ik me later ook nog wel doen.”

Zijn onderzoeksproject noemt hij leuk. “Mijn interesse gaat uit naar klinisch onderzoek en dan bij interne, longgerelateerde aandoeningen in de huisartspraktijk. Het is heel praktisch en toepasbaar.” De combinatie praktijk en onderzoek is af

en toe lastig. “Je hebt te maken met een dubbele verantwoordelijkheid. Het vergt nauw overleg met mijn collega’s, zowel in de praktijk als op de universiteit. Ik moet tijdig aangeven wanneer ik een extra dag nodig heb voor mijn onderzoek en omgekeerd val ik soms in voor een collega in de praktijk. Het vergt een goede planning. Het omschakelen ervaar ik niet als een probleem. Onderzoek doen is ander soort werk dat je verricht in een andere werkomgeving dan een huisartspraktijk. Het is wel zo dat voor mij als promovendus een aantal zaken nog nieuw voor me is. Op dat vlak kan ik nog veel leren.” Dat hij minder verdient dan zijn vrienden die momenteel waarnemen, neemt hij op de koop toe. “Je moet duidelijk weten voor jezelf waarom je dit graag wilt doen. Het onderwerp moet je ook aanspreken, dat is een belangrijk aspect. Let ook op de begeleiding die je kunt krijgen en of er sprake is van een goed team waarmee je kunt samenwerken”, adviseert hij. ■

**AIOTHO** staat voor Arts In Opleiding Tot Huisarts en Onderzoeker. Onder de circa vijftienhonderd huisartsen in opleiding zijn momenteel 22 aiotho’s. Het betreft vijftien vrouwen en zeven mannen, dezelfde verhouding als in de hele huisartsopleiding bestaat. (bron: SBOH)

Pleidooi voor meer aandacht voor contextuele geneeskunde

# Een patiënt komt nooit alleen de spreekkamer binnen...

Huisartsgeneeskunde is contextuele geneeskunde. Het staat nog eens met zoveel woorden in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Theo Voorn noemt het bloemrijk “Het consult kleuren in de schakering van de patiënt”. Contextuele geneeskunde is zo’n wezenlijk kernmerk van de huisartsgeneeskunde dat het juist in de tegenwoordige ‘vluchtige’ cultuur met meer nadruk zou moeten worden onderwezen en gepraktiseerd, vindt hij. Een patiënt komt nooit alleen de spreekkamer binnen...

Els van Thiel

**V**roeger werd contextuele geneeskunde of contextgeneeskunde ook wel gezinsgeneeskunde genoemd. Dat woord wordt niet meer zo vaak gebruikt, de context van mensen is immers veel breder dan hun gezin. Inzicht hebben in en kunnen omgaan met de contexten waarin patiënten leven, zijn een belangrijk hulpmiddel voor het werk van de huisarts, vindt Nelleke Gruijters, huisarts in Heeze. “Al komt een patiënt alleen de spreekkamer binnen, in feite brengt hij zijn hele context mee. Thuis heeft hij het er vaak al over gehad dat hij naar de dokter gaat. Vraag dit eens, laat de dokter daar eens naar kijken... Het gezin heeft misschien al een idee over de klachten. Dat houdt in dat je als je aandacht wilt hebben voor de context, je ook aandacht moet hebben voor de gezinssituatie.” Maar het gaat nog verder dan het gezin waar de patiënt op dat moment deel van

uitmaakt. “Patiënten zijn ook opgegroeid in een gezin. En dat ‘nest’ kleurt voor een deel wie je bent én hoe je omgaat met gezondheid en ziekte.”

Natuurlijk is het voor een huisarts altijd interessant om te kijken naar mogelijke erfelijke belasting of familiale ziekten, zegt Gruijters. Want dat bepaalt voor een deel je beleid. Maar ook bijvoorbeeld het patroon van medische consumptie in ge-

zinnen wordt overgedragen op volgende generaties. Vooral bij alledaagse klachten, waarbij mensen de keuze hebben al dan niet naar de huisarts te gaan. “Hoe snel je naar de dokter gaat, hoe vlug je je ziek meldt of in bed kruipt heb je deels van huis uit meegekregen. In sommige gezinnen is het parool: niet zeuren, een paracetamol en huppekee naar school of aan het werk. In andere gezinnen wordt





er veel aandacht besteed aan klachten. Het gaat niet om waardeoordelen, het gaat erom hoe je geworden bent wie je bent.”

### Karakteristieke eigenschap

“Met kennis van de levensloop van de patiënt wordt de zorg geplaatst in het bredere kader van de eigen leefomgeving en sociale context.” Zo staat het in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.

Prof. dr. Theo Voorn, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde in het UMC Utrecht en momenteel verbonden aan de Vervolgopleiding tot Huisarts (VoHa) in Nijmegen, is zo enthousiast over contextuele geneeskunde dat hij een nascholing voor huisartsen heeft georganiseerd. Als hij vijftien is, wil hij dit feit markeren met het maken van een dvd over dit onderwerp. Het is de erfenis die hij wil achterlaten. “Zijn niet alle interven-

ties van de huisarts gekleurd door de context? Eigenlijk is het niet meer of minder dan het uitoefenen van de geneeskunst, waarbij je in al je doen en laten zo veel mogelijk rekening houdt met de context van de patiënt. Als we dat principe als huisarts verlaten, dan zagen we de poten onder ons vak weg.”

Je hoort er relatief weinig over, zegt Voorn, omdat het zo gewoon is, zo weinig spectaculair. “Rekening houden met waar mensen opgegroeid zijn, hun culturele achtergrond, hun werk en de manier waarop ze in het leven staan. Dat kan percussies hebben voor de koele, op medisch-technische basis gebaseerde beslissing. Zo veel mogelijk het consult kleuren in de schakering van de patiënt. Als je die karakteristieke eigenschap verliest, dan is er geen huisartsgeneeskunde meer. In de tegenwoordige cultuur - snelheid, individualisering, vluchtiger relaties en

vaak verhuizen - zou dat wezenskenmerk juist met meer nadruk onderwezen en in de praktijk gebracht moeten worden.”

De contextuele aanpak rust op vier pijlers, ‘dimensies’ genoemd: de feitelijke gebeurtenissen, het gevoelsniveau, het gedragsniveau en de relationele ethiek. De ‘context’ op deze manier in kaart gebracht, geeft de huisarts en de patiënt aangrijpingspunten om te kijken naar bijvoorbeeld gezinspatronen. Het stelt de huisarts in staat gerichte interventies te doen. Op de nascholing worden de vier dimensies gesymboliseerd door brillen. De deelnemer kijkt door vier verschillende ‘brillen’ naar de context van de patiënt.

### Helikopterblik

Een genogram, een familiestamboom, is een instrument dat de patiënt, maar ook de huisarts een overzicht geeft van de familie in intergenerationeel perspectief.



## DE VIER DIMENSIES VAN CONTEXTUELE GENEESKUNDE

- 1 Uit wat voor gezin stamt deze patiënt? Weet ik iets over de achtergrond? Denk hierbij niet alleen aan erfelijke invloeden, maar vooral ook aan aangeleerd gedrag en gedeelde sociale en fysieke omstandigheden.
- 2 Hoe gaat deze patiënt met zichzelf en zijn omgeving om?
- 3 Wat is de plaats van deze patiënt in het familiesysteem? Hoe is de relationele ethiek van dit gezin? Hoe gaat het gezin om met belangrijke onderwerpen zoals loyaliteit?
- 4 *Ten slotte kan de huisarts zichzelf de vraag stellen:*  
Welke rol vervul ik zelf in dit gezin bij dit geval? Hoe ziet men de rol van de huisarts? Hoe sta ik zelf tegenover dit gezin en de individuele gezinsleden? Welke invloed heeft mijn doen en laten in dit gezin? Zijn er ontwikkelingen die ik kan helpen voorkomen?



Nelleke Gruijters: "Kinderen die uit een gezin komen waarvan de vader veel dronk of gewelddadig was, kiezen nogal eens een partner die ook weer veel drinkt of geweld gebruikt. Een genogram legt die trieste herhaling van problematiek bloot."

tief. Gruijters gebruikt het graag. "Welke ziekten komen voor bij vader, moeder, broers en zussen? Zijn er misschien risicofactoren zoals hartinfarcten op jongere leeftijd? Zo'n stamboom op zich geeft al heel veel informatie, maar als je hem samen met de patiënt maakt, dan kun je het nog breder maken. Door bijvoorbeeld te kijken hoe de relaties vroeger in het gezin waren en wat dat betekent voor de huidige situatie. Je laat de patiënt zo als het ware met een helikopterblik naar zijn familie kijken. Dat leidt vaak tot nieuwe inzichten, want je zet de patiënt aan het nadenken."

Kost zo'n aanpak niet veel tijd?

"Niet bij iedere patiënt gebruik ik standaard dit instrument. Iedere huisarts kent wel patiënten bij wie hij vastloopt. Dan kan het de moeite waard zijn om tijd te investeren in het genogram. We doen eigenlijk niets anders als huisarts. Je vraagt al of migraine in de familie voorkomt, of een van de ouders vroeger ook eczeem of astma had. Het is maar een stapje verder om te vragen hoe de relaties vroeger lagen in het gezin. Je hoeft zo'n genogram ook niet altijd volledig in te vullen. Het is in ieder geval handig om de gegevens gestructureerd vast te leggen."

Bij gedragsproblemen van kinderen bij-

voorbeeld, kan het een uitstekend hulpmiddel zijn, heeft Gruijters ervaren. "Hoe ging het vroeger in de gezinnen van vader en moeder? Soms geeft dat voor een deel een verklaring voor het gedragsprobleem dat nu speelt."

### Trieste herhaling

In de nascholing wordt ook gekeken naar de eigen context van de deelnemende huisartsen: hoe zit mijn huidige gezin in elkaar en uit wat voor gezin kom ik? En op welke manier beïnvloedt mij dat als huisarts? "Hoe er vroeger met gezondheid en ziekte werd omgegaan, kleurt voor een deel jouw attitude, jouw blik op hoe patiënten hun klachten hanteren", zegt Gruijters, die ook docent is van deze nascholing.

Terugkeren naar je eigen persoon en iets doen waardoor je kunt voelen wat een patiënt zou kunnen voelen is een goede stimulans om de contextuele geneeskunde goed in de vingers te krijgen, zegt Voorn. "Als huisartsen zelf een genogram moeten maken of een 'familiecirkel' tekenen, wat ook een snel diagnostisch instrument kan zijn, dan merk je dat ze het heel snel leren en er daarna een enorm levendige discussie ontstaat. Er komt een vertrouwelijkheid die je niet krijgt als er op een interview-achtige manier vragen gesteld worden."

Gruijters wijst op de stamboom van beroemde families, daar zie je nogal eens een herhaling van problematiek. In de familie van Thomas Mann bijvoorbeeld, komen vier suïcides voor. "Kinderen die uit een gezin komen waarvan de vader veel dronk of gewelddadig was, kiezen nogal eens een partner die ook weer veel drinkt



FOTO: HANS DOOSTRUM FOTOGRAFIE/ ANTIM WIJMAENDS

Theo Voorn: "Rekening houden met waar mensen opgegroeid zijn, hun culturele achtergrond, hun werk en de manier waarop ze in het leven staan. Dat kan repercussies hebben voor de koele, op medisch-technische basis gebaseerde beslissing."

of geweld gebruikt. Een genogram legt die trieste herhaling van problematiek bloot. Hé, dat komt steeds terug in onze familie... Kies ik ervoor om die keten te doorbreken, kan de patiënt zich dan afvragen. Wil ik dat het stopt bij mijn kinderen?"

Veel families koesteren een lijfspreuk, zegt Gruijters. "Wij Jansens zijn niet van die burgerlijke types... Als je samen een genogram bekijkt, zou je daarnaar kunnen vragen. Dat helpt om mensen te laten stilstaan bij de vraag: hoe doen wij dingen in onze familie? Ben ik er trots op of heb ik er last van? Want soms wordt een lijfspreuk een keurslijf." ■

## IVÁN BÖSZÖRMÉNYI-NAGY

Contextuele therapie is mede ontwikkeld door de Hongaars-Amerikaanse psychiater en gezinstherapeut Iván Böszörményi-Nagy (1920-2006) op basis van de individuele therapie en de systeemgerichte gezinstherapie. Er zijn ook aspecten van andere stromingen, zoals de psychoanalytische benadering, in terug te vinden. Nagy groeide op in een hecht gezin. Hij studeerde geneeskunde aan de universiteit van Boedapest. Door zijn emigratie naar Amerika in 1950 werden de

familiebanden bruusk doorgesneden, wat heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van zijn therapie. Bij de ontwikkeling van zijn contextuele aanpak werd hij geïnspireerd door de filosoof Martin Buber. Voor Buber is een mens slechts een mens in relatie tot anderen.

Tussen 1990 en 1997 leidde Nagy samen met onder anderen Else-Marie van den Eerenbeemt een masterclass contextuele therapie aan de Hogeschool van Amsterdam.





# Knelpunten in dienstverlening zelf oplossen

In de media duiken de laatste tijd weer regelmatig berichten op over de slechte bereikbaarheid van de huisartsen. In een commentaar op die berichten noemde Zorgverzekeraars Nederland die bereikbaarheid zelfs de achilleshiel van de eerste lijn.

Ik wil die kritische geluiden over de bereikbaarheid van huisartsen niet bagatelliseren en ik zal dat ook niet doen ten aanzien van de resultaten van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Die resultaten worden in de loop van de maand april verwacht en de LHV en de huisartsen beseffen dat die resultaten geen onverdeeld positief beeld zullen opleveren.

Ik wil echter wel een aantal kanttekeningen plaatsen bij die kritiek op de bereikbaarheid van huisartsen.

Op de eerste plaats is het goed om ons af te vragen over welke vorm van bereikbaarheid wij het hebben. Hebben wij het over de bereikbaarheid van de huisarts of over de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk en dus van de doktersassistenten en andere praktijkondersteuners? In het kader van de taakdelegatie is dat een wezenlijk verschil. In het eerste geval bepaalt de beschikbaarheid van de huisarts de beperkte bereikbaarheid, in het tweede geval bepaalt de beschikbaarheid van het ondersteunend personeel het gesignaleerde probleem. In deze column heb ik al vele malen aangegeven dat de beschikbare formatie voor ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk zeer krap is en in ieder geval onvoldoende om gedurende de reguliere kantooruren een optimale telefonische bereikbaarheid te garanderen. Dat probleem zal nog versterkt worden als de plannen van de huisartsen voor een verbreding van en verdieping van de huisartsenzorg gerealiseerd moeten worden en als de huisartsen invulling moeten gaan geven aan de extra taken die overheid en politici op dit moment op hun bordje schuiven. Een uitbreiding van de (financiële) mogelijkheden voor extra ondersteunend personeel staat dan ook hoog op de agenda van het LHV-bestuur en zal ook hoge prioriteit krijgen in de voorstellen die de LHV op verzoek van minister Klink ontwikkelt voor een nieuwe en toekomstgerichte financieringsstructuur van de huisartsenzorg.

Op de tweede plaats is het goed om ons af te vragen welke normen wij hanteren voor de bereikbaarheid van huisartsen dan wel huisartsenpraktijken. Anders gezegd: welke meetlat wordt er gehanteerd als de bereikbaarheid van huisartsen wordt onderzocht. Zijn daarin de wensen van cliënten, overheid, politici en verzekeraars leidend of zijn het de normen die de huisartsen aangeven op basis van hun (beperkte) mogelijkheden? Elke Nederlander heeft dagelijks te maken met de beperkte bereikbaarheid van dienstverleners. Of het nu gaat om storingsmonteurs, de helpdesk van computerbedrijven, banken, verzekeraars, bezorgdiensten of de poliklinieken van ziekenhuizen. De aanbiedende dienstverlener bepaalt in principe de bereikbaarheid en de kosten van ruimere 'openingstijden' worden in de regel

doorberekend aan de cliënt dan wel verdisconteerd in een geprognostiseerde hogere omzet. In dat kader wil ik de onderzoeken naar de wenselijkheid van een avondspreekuur van huisartsen in herinnering roepen. De behoefte aan een avondspreekuur viel slechts te signaleren bij een beperkte doelgroep. En als er voor die extra faciliteit extra betaald moest worden daalde de behoefte aan een avondspreekuur zeer sterk. Experimenten van huisartsenpraktijken met een avondspreekuur hebben inmiddels ook aangetoond dat het avondspreekuur niet het spreekwoordelijke gat in de markt is. Die ervaringen moeten ook meegenomen worden als we het onderwerp bereikbaarheid van huisartsenpraktijken agenderen. Want in alle onderzoeken en normstellingen over de bereikbaarheid van huisartsen is de mening van patiënten tot nu toe opvallend buiten schot gebleven. Ondervinden patiënten last en schade van de huidige beperkte bereikbaarheid van huisartsen of passen zij zich hierop gewoon aan net zoals zij dat (moeten) bij de openingstijden en beperkte bereikbaarheid van bijvoorbeeld banken, verzekeraars, storingsdiensten en ziekenhuizen? Wij weten het niet en ik vind het dan ook van groot belang dat de wensen en behoeften van patiënten beter onderzocht worden en uiteindelijk meegenomen worden in de normen die wij in gezamenlijk overleg met alle betrokkenen moeten gaan vaststellen waar het gaat om de bereikbaarheid van huisartsenpraktijken.

Het bestuur van de LHV heeft als belangrijk uitgangspunt voor haar beleid geformuleerd dat zij zelf het initiatief wil nemen voor de oplossing van knelpunten in de huisartsenzorg en de invulling van de door haar gepropageerde uitbreiding en verdieping van de huisartsenzorg en haar beleid niet langer wil laten bepalen door reacties op 'prikkel van buitenaf'. Bij het aantreden van het huidige bestuur is in dat kader het onderwerp bereikbaarheid en beschikbaarheid hoog op de agenda geplaatst mede omdat huisartsen zelf hebben aangegeven dat in deze tijd van marktwerking de bereikbaarheid en beschikbaarheid verbetering behoeven. In de aprilvergadering van de Ledenraad zal het bestuur dan ook een voorstel inbrengen voor een duidelijke aanscherping van de normen ten aanzien van de bereikbaarheid en een voorstel voor de randvoorwaarden om die verscherpte normstelling te kunnen realiseren. Vanuit het LHV-bureau zullen verder praktische handreikingen ter beschikking worden gesteld om de telefonische bereikbaarheid van huisartsen te verbeteren en om meer en beter gebruik te maken van moderne communicatiemiddelen, zoals websites en email, om de bereikbaarheid voor en de communicatie met patiënten te verbeteren. Want zoals ik hierboven al aangaf heeft het begrip bereikbaarheid in deze moderne tijd vele dimensies.

Steven van Eijck,  
voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging

U kunt op deze column reageren via [huisarts@lhv.nl](mailto:huisarts@lhv.nl)



SP wil met extra beloning het tij keren

# Afscheid kleinschaligheid

Huisartsen die hun ANW-diensten afstoten naar huisartsenposten, betreuren het dat hiermee de kleinschalige huisartsenzorg buiten de kantooruren verloren gaat. Maar de omstandigheden dwingen hen hiertoe, stellen ze. Misschien kan een kleinschaligheidsbeloning uitkomst bieden, vindt de SP.

Frank van Wijck

**D**e zeven huisartsen van De Rijk, Middenbeemster en Stompetoren hadden hun ANW-diensten goed geregeld. Ze waren bovendien allemaal apothekhoudend en verloskundig actief

en ze konden het uitstekend met elkaar vinden. In een druk weekend zagen de dienstdoende huisartsen hooguit veertig patiënten, maar op een doordeweekse dag hadden ze het met drie wel gehad. Druk was het hooguit als er twee mensen tegelijk belden. Want wat moet je als je net tegen een patiënt hebt gezegd dat hij maar even moet langskomen en je wordt het volgende moment gebeld met het dringende verzoek om alsjeblieft nú meteen in de auto te stappen omdat de weeën zijn begonnen? “Dan werd het wel eens lastig”, zegt Paul Grootes, “want tijdens die waarneming ben je huisarts, verloskundige, apotheker, chauffeur en telefonist tegelijk. Maar aan de andere

kant was dat natuurlijk ook wel weer leuk. En de betrokken huisartsen hadden een tweewekelijks overleg om alle patiënten te bespreken. Ook de eigen fouten kwamen daar boven tafel, wat mogelijkheden bood om van elkaar te leren en zo de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Je wist van elkaar welke moeilijke problematiek in aantocht was, terminale zorg bijvoorbeeld. En ook al was je niet de eigen huisarts, toch kende je de patiënten om wie het ging. Dat gaf hen vertrouwen.”

## Opeenvolgende problemen

Net als in het boek *Hoe God verdween* uit Jorwerd bleef echter niets hetzelfde in deze plattelandsgemeenten. Grootes, die toen



als hidha werkte in dit gebied, de Eilands-  
polder geheten, heeft zich inmiddels als  
huisarts gevestigd in De Rijp, maar ANW-  
diensten doet hij niet meer. Sluipender-  
wijs begonnen problemen te ontstaan die  
het steeds moeilijker maakten om op de  
oude voet verder te werken. Om te begin-  
nen was er de Inspectie voor de Gezond-  
heidszorg, die bezwaar maakte tegen de  
centrale doktersdienst die de huisartsen  
gebruikten. “De Inspectie pleitte voor ge-  
certificeerde triage”, vertelt Grootes. “Dat  
was oplosbaar, ook al werd het dan wel  
duurder. De triage was als losse module  
in te kopen bij de huisartsenpost in Pur-  
merend.”

Maar een tweede probleem diende zich  
aan. De huisartsen gaven aan de ANW-  
zorg iets meer uit dan het normbedrag.  
Zorgverzekeraar Achmea stelde daarvoor  
altijd extra geld beschikbaar, maar liet op  
een gegeven moment blijken dat dit niet  
zo kon doorgaan. Grootes: “Het was geld  
uit de plusmodule en dat was bestemd  
voor kwaliteits- of doelmatigheidsbevor-  
dering. Het goed regelen van de kleinscha-  
lige ANW-zorg viel daar voor hen niet onder.  
Niemand vindt het leuk om hetzelfde  
te blijven doen voor minder geld. Dat  
knaagt aan de motivatie die je nodig hebt  
om veel vaker dan je collega’s in de stad  
diensten te doen.” Bovendien liep het aantal  
bevallingen terug. Ook werd een van de  
collega’s langdurig ziek. “Dan merk je  
hoe kwetsbaar je bent als klein team en  
hoe moeilijk en kostbaar het is om waar-  
neming te regelen”, zegt Grootes.

### Tegen de stroom in

Zo ontstond vanzelf het moment waarop  
de argumenten om wel of niet op dezelfde  
voet verder te gaan voor de een anders  
werden dan voor de ander. Vier van de  
zeven huisartsen waren boven de vijftig.  
“Dat speelde zeker een rol”, zegt Grootes.  
“Al zijn het wel de oudere huisartsen ge-  
weest die het afschaffen van de bestaande  
ANW-structuur het langst hebben tegen-  
gehouden. Maar ook zij wilden nadenken  
over toekomstbestendige huisartsenzorg.  
Het beleid van de overheid is gericht op  
grootschaligheid. Dan is het moeilijk om  
tegen de stroom in te blijven roeien, in  
een omgeving waarin je niet zeker weet  
of nieuwe mensen gevonden kunnen wor-  
den.” Aansluiting bij de huisartsenposten  
in Alkmaar en Purmerend werd ineens

## KRITIEK UIT DE TWEEDE KAMER

Tweede Kamerlid Henk van Gerven (SP) uitte  
kritiek op het besluit van de huisartsen om  
te stoppen met de ANW-diensten. Hij stelde  
dat kwalitatief goede, kleinschalige huisart-  
sendiensten door de politiek en zorgverzeke-  
raars moedwillig worden afgebroken uit een  
blind geloof in schaalvergroting. Kritiek die  
in algemene termen bedoeld was, benadrukt  
hij. Hij stelt: “Ik begreep dat deze artsen  
vonden dat ze niet anders konden en dat ze  
door de zorgverzekeraar werden tegenge-  
werkt. Het is die koers op schaalvergroting  
die me heel erg steekt. De kleinschaligheid  
sluit beter aan bij wat de patiënten willen.  
Die moeten nu verder weg, naar een huisart-  
senpost die voor een veel grotere groep  
patiënten dienst doet.”  
Volgens Van Gerven is het tij van groot-

schaligheid alleen te keren als alle betrok-  
ken partijen dat willen. “Ik kan niet zeggen  
dat artsen die voor grootschaligheid kiezen  
persé slecht werken”, zegt hij. “Maar over  
de bereikbaarheid van die huisartsenposten  
bestaat wel nog steeds discussie. Ik denk  
dat er vanuit de overheid een kleinschalig-  
heidsbeloning moet komen. Ook ben ik van  
mening dat er meer kleinschalige huisart-  
senposten moeten komen, een bereikbaar-  
heidsnorm van vijftien minuten en wijkge-  
zondheidscentra waarin ook wordt voorzien  
in de ANW-zorg. In algemene bewoordingen  
zijn de meeste andere politieke partijen  
ook voor een betere bereikbaarheid. Maar  
concrete ondersteuning blijft uit.”  
Op politiek niveau is het laatste woord over  
deze ontwikkeling echter nog niet gezegd.

de meest logische optie om de zorg in de  
ANW-uren op verantwoorde wijze te kun-  
nen blijven garanderen. Grootes is hier  
geuanceerd over. “Ik vind het niet in alle  
opzichten een slechte ontwikkeling”, zegt  
hij. “De huisarts van de huisartsenpost  
rijdt met een chauffeur, wat zorgt voor  
een scheiding tussen rijden en medisch  
denken. Ook ben je daardoor steeds met  
zijn tweeën, en dat is vooral in acute situ-  
aties waardevol. Ook maakt het misschien  
je onderlinge flexibiliteit in het ruilen  
van diensten wat groter. En voor ons is het  
weliswaar een inkomensderving, maar we  
draaien ook minder diensturen.”

### Geen elektronische communicatie

Een van de nadelen van de nieuwe werk-  
wijze heeft betrekking op de elektroni-  
sche communicatie. “De zeven huisartsen  
in Eilandspolder hadden inzage in elkaars  
elektronische dossier”, legt Grootes uit.  
“Die mogelijkheid bestaat niet meer nu  
we met de twee huisartsenposten werken  
voor de ANW-uren. “Ik krijg nu faxen bin-  
nen met de gegevens van mijn patiënten  
die daar geweest zijn en moet die gege-  
vens zelf in mijn HIS intypen.”

Niet alle patiënten zullen de verandering  
als een verslechtering ervaren. Mensen  
die eerst dicht bij een huisartsenpraktijk  
woonden, hebben nu meer reistijd voor  
de zorg in de ANW-uren. Maar mensen die  
in de oude situatie aan de rand van het  
verzorgingsgebied woonden, kunnen nu

soms dichterbij terecht. “Wel is het een  
verarming van de zorg binnen de eerste  
lijn voor terminale patiënten en de com-  
plexe zorg voor kwetsbare groepen”, stelt  
Grootes. “Voor hen is de persoonlijke aan-  
dacht belangrijk.”

De politiek zou iets meer ruimte mogen  
maken voor maatwerk in gebieden zoals  
Eilandspolder, vindt Grootes. “De zachte-  
re en minder goed meetbare aspecten van  
de zorg komen de laatste tijd minder goed  
uit de verf”, stelt hij. ■



Wie denkt dat primair de farmaceutische industrie de eer toekomt dat we beschikken over farmaceutica die van meerwaarde zijn voor de patiënt, moet de geschiedenisboekjes nog maar eens nalezen. Huisarts Hans van der Linde voert al jarenlang strijd tegen dit idee. En steeds meer artsen onderkennen dat hij daarmee een punt heeft.

Frank van Wijck

Hans van der Linde en zijn strijd tegen de farmaceutische industrie

# “Niet de zieke mens staat voorop maar het dividend”

FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / NICK FRANKEN



**H**oe groot is de meerwaarde van farmaceutica voor patiënten? “Die is enorm groot”, zegt Hans van der Linde direct. Maar wie de vele media-uitingen van deze huisarts uit Burgh-Haamstede een beetje kent, zal niet verbaasd zijn als hij hierop meteen laat volgen dat dit niet betekent dat ook de farmaceutische industrie van grote meerwaarde is voor patiënten. “De waarde van de thans beschikbare farmaceutica is de verdienste van veel meer partijen dan de farmaceutische industrie alleen”, zegt hij. “De meeste belangrijke doorbraken hebben we aan de universiteiten te danken en als de overheid de universiteiten wat meer ontwikkelingsmogelijkheden gaf, dan zouden daar veel meer van der-

gelijke goede ideeën uitkomen. Van de farmaceutische industrie hoeven we die nauwelijks te verwachten. We hebben totaal geen zicht op de vraag hoeveel procent van haar budget zij uitgeeft aan research. Wel zien we vrijwel uitsluitend me-too producten op de markt verschijnen, de zogenaamde blockbusters. En we weten dat het aantal interessante ontwikkelingen dat in de pijplijn zit, te verwaarlozen is. De farmaceutische industrie probeert zichzelf belangrijk te maken door te stellen dat zij verantwoordelijk is voor de grote doorbraken in de farmacie en door steeds weer te wijzen op het feit dat het zoveel geld kost om een nieuw geneesmiddel te ontwikkelen. Maar we weten maar al te goed dat dit sprookje

wordt verteld om haar hoge geneesmiddelprijzen te legitimeren.”

## Geen deugdelijk onderzoek

De naam van Van der Linde staat nogal eens in de krant. Recent bijvoorbeeld weer in relatie tot de door AstraZeneca op de markt gebrachte cholesterolverlager Crestor. De medisch directeur van AstraZeneca betichtte Van der Linde recent in De Telegraaf van onrust zaaien en het schaden van het vertrouwen dat patiënten in de gezondheidszorg moeten kunnen hebben. Maar van dat soort beschuldigingen is hij volstrekt niet onder de indruk. “Toen Crestor op de markt kwam, moest het opboksen tegen het al gevestigde alternatief Lipitor”, vertelt hij.



“Tot dat doel werd de Galaxy-studie in het leven geroepen, met als vraag of Crestor het cholesterolgehalte bij een aantal ziektebeelden verlaagt. Het antwoord was ja, maar het hele onderzoek was niets meer dan een poging om het product cachet te geven. Preventieve medicatie moet bewezen effectief en veilig zijn op harde eindpunten. Daarvoor is interventieonderzoek nodig waarbij een paar duizend patiënten het nieuwe middel voorgeschreven krijgen en evenveel andere patiënten ter controle een placebo. Crestor is op de markt gebracht zonder dat daaraan een dergelijk onderzoek op harde eindpunten vooraf gegaan is. Dat het cholesterol wordt verlaagd betekent nog niet dat minder mensen komen te overlijden.”

Maar die vraag vinden farmaceutische bedrijven niet interessant, stelt Van der Linde. “Veel mensen verkeren in de misvatting dat de farmaceutische industrie zieke mensen wil helpen beter maken”, zegt hij. “Maar dat is niet zo. Ze is niet geïnteresseerd in zieke mensen, maar in gezonde mensen met risicofactoren. Daar heb je er heel veel van, zieke mensen zijn marketingtechnisch niet zo interessant. De industrie laat allerlei ernstige ziektebeelden liggen, waarvoor waarschijnlijk wel geneesmiddelen te ontwikkelen zijn. Niet de zieke mens staat voorop, maar het dividend van de aandeelhouder.”

### Niet bang

Van der Linde is nog nooit voor de rechter gedaagd voor de uitlatingen die hij – al jarenlang – in de media doet om het publiek te doordringen van het feit dat de farmaceutische industrie fabels verkoopt. “Dat zegt mij genoeg”, zegt hij. Hij zegt dat bedrijven hem nooit voor de rechter dagen omdat ze weten dat hij niet bang is voor zulke dreigementen. “Ik heb zelf drie processen aangespannen en in alle drie de gevallen zijn de bedrijven nat gegaan”, zegt hij niet zonder trots.

Dat waren overigens processen over gunstbetoon. Van der Linde beoordeelde immers jarenlang in opdracht van de LHV nascholingen voor huisartsen op hun kwaliteit en onafhankelijkheid. Hij stelt: “Van dat laatste is geen sprake als bijvoorbeeld na afloop van een rondetafelbijeenkomst over Avelox longartsen 250 euro en huisartsen 150 euro toege-

stopt krijgen. Op die manier kreeg Bayer Avelox in de voorschrijffpen. Te immoreel voor woorden.”

In alle drie de gevallen stond hij tegenover advocaten van gerenommeerde advocatenkantoren, terwijl hij zelf zijn eigen stukken en pleitnotities moest schrijven. “Zo hou ik de kosten van het procederen laag”, stelt hij. “En dat haten de farma-

maceutische industrie. “Dat is mijn motivatie om door te gaan”, zegt hij. Toch is hij er nog lang niet, stelt hij meteen vast. “Als ik mijn eigen praktijk wil vrijwaren van Lipitor en Crestor loop ik tegen de cardiologen aan”, verduidelijkt hij. “Die hebben door hun profijtelijke relatie met de farmaceutische industrie een slechte naam in Nederland en dat zal zich tegen

## “De belangrijkste doorbraken hebben we te danken aan de universiteiten en niet aan de industrie”

ceutische bedrijven, want opposenten op kosten en op stang jagen is een van de strategieën die ze toepassen.”

### Glashard liegen

Wellicht zijn finest hour beleefde Van der Linde enige maanden geleden, tijdens het jaarlijkse NHG-congres. Hij vertelt: “Pfizer had een DVD samengesteld waarop hoogleraren op grond van de IDEAL-studie vertellen over de meerwaarde van de cholesterolverlager Lipitor. Die professoren liegen op die DVD glashard over die IDEAL-studie, want op basis van dat onderzoek is duidelijk geworden dat Lipitor geen enkele meerwaarde heeft boven Simvastatine, maar wel veel meer bijwerkingen geeft. De algemeen directeur van Pfizer zat als knarsetandende toehoorder in de zaal en had geen verweer.” Toch noemt Van der Linde zichzelf primair een bestuurder, geen activist. “Ik ben mijn hele leven op allerlei fronten bestuurlijk actief geweest”, zegt hij.

Als hij namens de LHV geaccrediteerde nascholingen visiteerde, trof hij vaak huisartsen aan die de misleiding en beïnvloeding niet doorzagen. “Ach, dat begrijp ik ook wel”, zegt hij. “Hoewel ik het onderwijsprogramma goed kende, had ik zelf soms ook pas bij het schrijven van het visitatierapport door waar de pijn zat. “Daar kijk je toch doorheen”, zeiden ze. Ze vertrouwden veel te veel op hun intellectuele onafhankelijkheid.”

### Bijval

Inmiddels heeft hij echter wel zoveel bereikt dat hij van heel veel huisartsen bijval krijgt voor zijn kritiek op de far-

men gaan keren. Maar ik ben blij dat ik heb bewerkstelligd dat Lipitor en Crestor nauwelijks geprofitteerd hebben van de uitbreiding van de indicatie met diabetespatiënten. Daarmee heb ik de BV Nederland heel veel geld bespaard en dat heeft de betrokken bedrijven echt tientallen miljoenen euro's gekost. Op basis van die uitbreiding vraag ik me wel af hoe het verder moet met de standaarden. Die van het CBO zijn geïnfiltreerd door de farmaceutische industrie en dat druppelt door naar die van het NHG. Dat plaatst ons in een geweldige vertrouwenscrisis. Minister Klink zou een staatscommissie moeten instellen die puur is samengesteld uit epidemiologen om een oordeel te vellen over de vraag wie preventief welke cholesterolverlager zou moeten slikken. En het NHG zou zich moeten losmaken van het CBO.” ■



Honderdjarige Hendrik Gerritsma blikt met weemoed terug

# “Mijn tijd was onbeperkt”

Huisarts Hendrik Gerritsma had van 1933 tot 1970 een praktijk in Sneek. In november vorig jaar vierde hij zijn honderdste verjaardag. Hij zit nog vol verhalen over zijn patiënten, van wie sommigen hem nog helder voor de geest staan. Een gesprek over het huisartsenvak in een hele andere tijd.

Corina de Feijter

**H**endrik Gerritsma vindt het heerlijk om over vroeger te praten. “Ik vind het leuk om van me af te praten”, zegt hij bij het eerste telefonische contact. Bij het maken van de afspraak is dat al duidelijk. Hij dist direct allerlei

anekdotes op. Hij heeft humor en moet lachen om een aantal zaken waar zijn huidige collega's nu mee te maken hebben. “Een dossier bijhouden, wat een onzin. Ik heb jarenlang geen aantekeningen gemaakt van mijn patiënten. De patiënt

of zijn naasten konden me precies vertellen wat er aan scheelde. Pas in de jaren vijftig kocht ik een blinken kast. Met een streepje of een kruisje achter de naam van een patiënt hield ik bij of ik een huisvisite had gedaan of dat het om een con-





sult ging. Mijn patiënten waren voor mij allemaal gelijk.”

Hij woont nu in Leeuwarden en kan zich nog aardig redden. In zijn flat liggen overal papieren, kranten en tijdschriften. Politiek, sport en cultuur volgt hij via de televisie. Medisch Contact leest hij nog elke week. Meteen bij binnenkomst steekt hij van wal. Hij heeft zich opgewonden over een artikel in een van de nummers eind vorig jaar. Een bedrijfsarts schrijft in een artikel ‘De goede dokter’ dat er één factor bepalend is voor de professionele handelingen van artsen: hun altruïsme. Zijn professionaliteit uit zich op drie manieren: in bepaalde situaties moet een dokter autonoom zijn, in andere altruïstisch en bijvoorbeeld in de communicatie met patiënten moet hij de hulpvraag centraal stellen, gelijkwaardig zijn en dezelfde

taal spreken als zijn patiënt. Gerritsma: “Altruïsme ben ik in al die jaren dat ik huisarts was nooit tegengekomen. Ik ben een mens van geduld. Je hebt engelengeduld nodig, maar wat komt daar nu nog van terecht? Ik had vroeger helemaal geen

raam. Haar twee kinderen zaten achter ons te dammen. Het was een ingeving, ik draaide me om en zei tegen het meisje: ‘Nu ga ik een potje met je dammen. Het meisje vond het prachtig en vertelde aan iedereen dat de dokter met haar had ge-

“Je hebt engelengeduld nodig, maar wat komt daar nu nog van terecht bij de nieuwe generatie huisartsen”

haast, ik zorgde wel dat ik tempo hield in mijn spreekuur maar daar merkten mijn patiënten niets van.” Hij vertelt over de sociale visites die hij deed. Bij een vrouw bijvoorbeeld voor wie hij niets meer kon doen, maar voor wie hij nog wel wat kon betekenen. “Ik zat bij haar bed voor het

damd. Jaren later heb ik dat meisje weer ontmoet. Ze wist het nog precies. Dit heeft niets met altruïsme te maken, dit hoort gewoon bij je beroep.”

### Collegezalen bestormen

Gerritsma maakt zich zorgen over de opleiding van de huidige artsen. “De studenten komen niet opdagen en ze moeten nu punten halen”, zegt hij verontwaardigd. “Wij kregen een fantastische opleiding, wij bestormden de collegezalen, maakten dictaten en kregen strenge examens.” In het laatste jaar van zijn studie verbleef hij in een pension. Telefoon was daar niet. “Ik had mijn bed tegen het raam gezet en sliep met een touw rond mijn voet. Kreeg de conciërge telefoon voor mij en moest ik naar een patiënt, dan fietste hij naar mijn raam en trok aan het touw!”

Na zijn studie heeft Hendriksma kort waargenomen in Woldendorp (Noord-Groningen) en in de zuidwesthoek van Friesland. “Je werd direct voor de leeuwen geworpen. Ik was op mezelf aangewezen”, zegt hij. Hij herinnert zich hoe hij op een nacht tussen twee bevallingen heen en weer fietste. “Met mijn witte jas aan zat ik op de fiets. De eerste bevalling ging prima, de tweede schoot maar niet op. Ik besloot de chirurg uit Sneek te bellen, die zo’n beetje manujje van alles was. Het was zo voor elkaar en we dronken een glas wijn op de goede afloop.”

In 1933 kocht hij een praktijk in Sneek voor dertienduizend gulden. In het begin speelde hij met zijn vrouw patience tijdens het spreekuur, zo weinig patiënten zag hij. “Ik kwam wel van alles tegen in betrekkelijk korte tijd.” De praktijk groeide uit tot een omvang van ruim drieduizend patiënten. “Ik had op een gegeven moment de grootste praktijk >>

Als Hendrik Gerritsma visites aan het rijden was, wist zijn vrouw ongeveer waar hij was. Als er een spoedgeval was, werd een van de dochters erop uit gestuurd om haar vader te gaan waarschuwen.





in Friesland.” Dat hij zijn lessen goed had geleerd, kwam hem later heel goed van pas bij het stellen van diagnoses, zo blijkt uit de voorbeelden die hij geeft. Hij spreekt regelmatig over ‘de vier musketiers’: anamnese, onderzoek, diagnose en therapie. Penicilline was er in de begintijd nog niet. En hij deed heel veel zelf, bijvoorbeeld hechten. Er waren toen veel landbouwongevallen. Of bloed afnemen en bekijken onder de microscoop en urine controleren. “We deden hele leuke dingen en we zagen direct resultaat.”

### Gaatje in de slaap

En dan komt er weer een verhaal dat hem is bijgebleven. “Een jongetje was van de rekstok gevallen. Het kind had hoofdpijn en werd naar bed gestuurd. Ik werd erbij geroepen en zei dat de jongen elk half uur moest worden wakker gemaakt. Dat ging moeizaam en ik wist onmiddellijk dat het niet goed zat. De neuroloog werd erbij gehaald en die maakte met een boortje een gaatje in zijn slaap. Het bloed druppelde eruit. De jongen reageerde direct. Dat was zo mooi om dat mee te maken.”

### Geen ideologie

Het was geen vetpot, maar Gerritsma kon zich redden, “al zijn we jaren onderbetaald geweest.” Hij solliciteerde ook naar de functie van gemeente-arts. “De gemeente nam me steeds tijdelijk aan voor een periode van drie jaar. Zo hoefde de gemeente geen pensioenpremie voor me te betalen. Ik heb dat aangekaart en de provincie gaf opdracht het raadsbesluit

hierover terug te draaien. Zo kreeg de weduwe van een collega van mij alsnog met terugwerkende kracht pensioen”, vertelt hij. De eerste dertien jaren deed hij alles op de fiets. “Daar kwam ik dan met natte broekspijpen. Ik heb me nooit iets aangetrokken van status.” Ook had hij geen ideologie, zoals hij dat zelf noemt. “Ik kwam onbevooroordeeld bij patiënten. Ik zei niet dat ze hoop moesten hebben en begon niet over het hiernamaals of zoiets. Dat zou prietpraat zijn geweest. Ik pakte de patiënt bij de arm en zei dat het moeilijk was maar dat ik zou proberen het gemakkelijker te maken.” Op zondag was hij vaak op de tennisbaan te vinden. “Mijn vader was een doopsgezinde predikant, maar nooit heeft hij me gevraagd wat vaker naar de kerk te gaan.” Hij heeft drie keer de Elfstedentocht gereden. Overspannen is hij nooit geweest, hij kijkt zelf een beetje vies bij dat woord. Hij houdt van schaken en zegt: “Achter dat schaakbord ervoer ik door mijn concentratie op het spel een gevoel van tijdeloosheid. Ik was even van mijn verantwoordelijkheid verlost, ik bleef wel bereikbaar. Dat is dan heel anders dan wanneer je bij de telefoon gaat zitten. Ik was de volgende ochtend weer zo fris als een hoentje.”

### Dienstverlenend beroep

Uit het gesprek komt naar voren hoe toegewijd hij als huisarts was. Zijn patiënten konden dag en nacht op hem rekenen. “Je hebt immers een dienstverlenend beroep. Mijn tijd was onbeperkt. Het maakte mij niet uit hoe laat de laat-

ste patiënt kwam, of dat nu om vijf uur was of om half zeven. Met een schouderklopje verliet de laatste patiënt mijn huis. Elke dag stond ik om half acht op. In het begin scheerde ik me ’s ochtends met de kwast. Later deed ik dat ’s avonds. Jarenlang heb ik met een ongeschoren kop praktijk gedraaid”, zegt hij lachend. Zijn dochter Anja die bij het gesprek aanwezig is, herinnert zich hoe het hele gezin bij de praktijk betrokken was. Haar moeder hielp mee en er was verder geen assistentie. Vakanties werden om de bevallingen heen gepland. “Tijdens het eten ging de telefoon en al doorend stond mijn vader een patiënt te woord. Bijvoorbeeld een moeder die belde over haar zoontje dat kou had gevat. Wij waren dan muisstil. Ik weet nog dat mijn vader dan soms zei: ‘De zon is de pest voor de volksgezondheid’. Met deze uitspraak bracht hij zijn patiënten in verwarring.” Was haar vader visites rijden, dan wist haar moeder waar hij ongeveer zat. Was er een spoedgeval, dan werd een van de dochters erop uit gestuurd om haar vader te gaan waarschuwen.

Uit zijn verhalen komt het beeld naar voren van een betrokken huisarts die laagdrempelige, continue en persoonsgerichte zorg biedt. Dat is nog steeds het handelsmerk van de dokter. “Ik deed mijn best voor mijn patiënten en die wisten dat ook. Ze vielen me dan ook niet onnodig lastig.” Vlak voor het afscheid neemt hij plaats achter de piano – ook een grote hobby van hem – en speelt een prelude van Bach. ■





Han van de Steeg is een van de weinige vrijgevestigde huisartsen in Almere. Hij zette een HOED op, Medi-Mere, en binnenkort opent hij een tweede HOED in Almere-Stad. De derde staat gepland in de nieuwe wijk Almere Poort. Hij noemt zichzelf een ondernemend huisarts, met oog voor de zakelijke kant van het huisartsenvak. "Mijn passie is perfectionisme in zorg."

Corina de Feijter

Almeerse huisarts voert 'one-stop-shop' concept in

# "Huisartsen moeten groter durven denken"

"Het was bizar", zegt Van de Steeg. "Op donderdag kreeg ik mijn bul, de dag daarna had ik een open dag in mijn praktijk en op maandag ging ik aan de slag. Na drie maanden zat mijn praktijk vol." De vraag was wat hem bezielde om in 1993 als pas afgestudeerde huisarts zijn heil in Almere te zoeken en zich daar vrij te vestigen. "Door toevallige omstandigheden eigenlijk. Gedurende mijn tweejarige huisartsenopleiding heb ik in Almere een jaar gewerkt en ik woonde hier. De tijd van experimenteren was voor de Zorggroep Almere, toen nog Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) geheten, voorbij. Andere huisartsen mochten zich vrij vestigen. Er was toen al een vrijgevestigde collega en ik kwam er bij. Mijn komst veroorzaakte commotie en onrust bij de Zorggroep. We hadden een soort gentlemen's agreement afgesproken: er waren toen drie gezondheidscentra hier in Almere-Buiten en ik zou per gezondheidscentrum maximaal vijfhonderd patiënten overnemen. Er waren genoeg mogelijkheden voor groei, maar ik kreeg het verzoek om rekening te houden met mijn collega's bij de Zorggroep." Van de Steeg had een voorspoedige start.

"Toen ik destijds als haio hier werkte, merkte ik dat sommige patiënten behoefte hebben aan persoonlijke zorg die gegeven wordt in een kleinschalige setting." Zijn oog viel op een stuk grond. Hij schreef een businessplan, kreeg het geld van de bank en liet Medi-Mere bouwen. "Een immense stap, dat wel."

Medi-Mere is geen gezondheidscentrum in de traditionele zin van het woord. Het is een HOED, waar Van de Steeg werkt met twee hidha's. De bovenverdieping verhuurt hij aan een aantal paramedici, waaronder fysiotherapeuten, een osteopaat en logopedisten. Er is geen maatschappelijk werk, dat bleek niet rendabel, en geen thuiszorg. Bij de praktijk zit sinds een aantal jaren een apotheek die mogelijkheden biedt om het principe van 'one-stop-shop' verder uit te voeren. "We noemen het wel eens gekserend de kleinste apotheek van Nederland. De drijvende kracht erachter is Bert Kockelberg, met wie ik regelmatig mijn plannen bespreek." Een belangrijk pluspunt van de apotheek is de directe levering van medicijnen en de bezorgdienst. Mensen kunnen hun medicijnen in de apotheek, maar ook bij een afgiftepunt in de supermarkt afhalen. De geneesmiddelen worden





Han van de Steeg: "Zaken goed voor elkaar krijgen, een plan goed presenteren, daar kan ik echt van genieten. Binnenkort sta ik voor een keuze: maak ik dan een pas op de plaats en hou ik het bij wat ik heb opgebouwd of ga ik het concept landelijk invoeren?"

thuisbezorgd bij mensen die ze niet zelf kunnen ophalen en dat gebeurt ook 's avonds. Mensen die voor hypertensiecontrole komen kunnen hun medicijnen direct krijgen. "Bij 95 procent van deze patiënten gaat het om standaardrecepten. Twee dagen van tevoren leveren we een lijstje aan bij de apotheek en die zorgt dat de medicijnen op voorraad zijn. De patiënt hoeft niet later terug te komen en krijgt zijn medicijnen direct geleverd. Ook herhaalrecepten, die ik natuurlijk nog wel controleer, gaan direct naar de apotheek. Mijn assistentes komen er niet meer aan te pas, die schakel hebben we er tussenuit gehaald. We hebben ook geen medicijnenbus meer die een assistente vervolgens moet legen en afhandelen, iets wat veel tijd kost."

### Benchmark

"Ik ben geen huisarts, maar een ondernemend huisarts. Ik verschil van de standaard huisartsen, in die zin dat ik oog heb voor het zakelijk perspectief in huisartsenland. Daar word je niet voor opgeleid. Je leert niet hoe je een praktijk opzet, hoe je een financieel plan schrijft en hoe je dat moet presenteren. Dat vind

ik een manco van de opleiding. Wij moeten immers de boer op en onderhandelen met zorgverzekeraars, we moeten kunnen rekenen en ons beleid bedenken, opschrijven en kunnen verkopen. Dat heb ik met vallen en opstaan geleerd", verklaart Van de Steeg. Hij licht desgevraagd toe waar dat ondernemende dan in zit. "Eigenlijk heb je het huisarts-zijn niet geleerd. Je hebt geleerd interventies toe te passen. Ik kijk naar wat ik minder kan doen met behoud van dezelfde omzet en kwaliteit. Dat kan door anderen taken te laten doen of door service te bieden."

Een voorbeeld daarvan is het managen van het spreekuur. "We hebben de protocollaire geneeskunde onlangs in kaart gebracht. Zaken als oren uitspuiten, uitstrijkjes maken, hypertensiecontrole en andere ingrepen doen de assistentes tegenwoordig. Ze hebben meer tijd voor de patiënt. Ik hoop dat het resultaat hiervan is dat de patiënt beter af is."

Het ministerie van VWS heeft recent een vergelijkend onderzoek laten uitvoeren onder vijf huisartspraktijken in Almere. De vijf deelgenomen praktijken kregen gemiddeld een rapportcijfer 8, het rapportcijfer van Medi-Mere was een 8.4. De praktijk





scoorde met name beter op het gebied van behulpzaamheid, snelheid van het krijgen van een afspraak, persoonlijke aandacht en vertrouwen in de deskundigheid van de arts. In de plaatselijke krant zegt Van de Steeg dat hij de resultaten ziet als een compliment voor het hele team en dat het rapportcijfer het resultaat is van vijftien jaar hard werken en investeren in contact met de patiënt. Ook constateert hij dat alle centra een ruime voldoende kregen en dat Almere trots mag zijn op de huisartsenzorg. De Zorggroep wilde niet reageren omdat het om een pilot gaat, waarbij gekeken is of de onderzoeksvorm geschikt is om huisartspraktijken met elkaar te vergelijken. “Ik val op, ik ben een buitenbeentje. De Zorggroep heeft zeker last van me gehad, soms komt oud zeer boven”, is alles wat hij erover kwijt wil.

### Nieuw diagnostisch centrum

Medi-Mere mag op de huidige locatie niet groter worden. Dat wil Van de Steeg wel, de formule van Medi-Mere uitbouwen, dus wijkt hij uit naar een bestaand pand in Almere-Stad, waar in april een nieuwe HOED komt: de Bartok-kliniek. In Almere stad zijn al drie gezondheidscentra van de Zorggroep. “De Bartok-kliniek is een mengvorm van de eerste en tweede lijn, waar we weer het ‘one-stop-shop’ principe uitwerken. Naast een huisartsenpraktijk komt er op de begane grond de cardiokliniek ‘Heart for Health’, waar mensen met cardiovasculaire klachten terecht kunnen. Het is de bedoeling dat ook het Diagnostisch Centrum Amsterdam in de nabije toekomst hier onderdak vindt, zodat mensen hier naar toe kunnen voor bloedonderzoek en röntgenfoto’s. Medio 2008 zal een scopiepoli en een pijnpoli van start gaan. Het diagnostisch centrum is nog in gesprek met Agis en het Flevoziekenhuis.” Een team van huisartsen en assistenten is zich momenteel aan het inwerken om straks in de Bartok-kliniek aan de slag te kunnen.

Van de Steeg wil de formule van Medi-Mere, zijn handelsmerk, verder op de kaart zetten. Expansiedrift vindt hij een negatief woord. In de nieuwe wijk Almere Poort waar momenteel de eerste huizen verrijzen, komt zijn derde HOED van 1200 m<sup>2</sup>. “We gaan ons daar eerder vestigen dan de Zorggroep”, zegt hij.

Straks is Van de Steeg eigenaar van drie HOEDEN. Dan kan hij een ander idee, een callcenter, realiseren. “Ik wil dan uit elke

Hoed een assistente naar het callcenter halen, waar zij dan de telefoon aannemen, onder supervisie van een aanwezige huisarts die ook de spoedvisites doet. En er zit een apothekerassistent bij, waardoor er een korte lijn is met de apotheek. Via een webcam kunnen ze de wachtkamers zien van de drie huisartspraktijken. Zo zien ze hoe druk het is, hoe het spreekuur verloopt en bij wie nog ruimte is voor een spoedgeval. Ze worden minder afgeleid dan wanneer ze achter de balie in de praktijk de telefoon aannemen. De assistente in de praktijk wordt meer een gastvrouw. Ik denk dat we op deze manier een kwaliteitsslag kunnen maken en de patiënt zo beter te woord kunnen staan. Het komt ook de privacy en de rust in de praktijk ten goede: geen inkomende telefoontjes meer. Er komt meer sfeer en aandacht. In de praktijk creëren we zo meer rust en we kunnen langer telefonisch bereikbaar zijn.”

### Krenten

“Huisartsen zijn krenten. Je moet groter durven denken”, zegt hij. “Muziek in de wachtkamer, televisie, goede lectuur en geen twee jaar oude Margriet. Een internetaansluiting heb ik niet. Als je dat nodig hebt, dan betekent het dat iets in je praktijk niet goed loopt, want je gaat er vanuit dat patiënten niet moeten wachten.”

Over een aantal zaken heeft Van de Steeg een uitgesproken mening. Accreditering van de praktijk? “Dat wil ik niet, ik zie daar de meerwaarde niet van. Het kost vooral heel veel tijd en veel



administratie. Wat zegt zo’n sticker dat je geaccrediteerd bent nu? Je moet die sticker verdienen. Je moet voortdurend kijken waar de lacunes in je praktijk zitten. Dat is wat wij doen.” Hij heeft geen stok achter de deur nodig om te werken aan kwaliteitsverbetering. Met gepaste trots laat hij zijn jaarverslag 2007 en een daaruit voortkomend verbeterplan zien. “Ik maak dit omdat ik een zelfstandige ben, daar heb ik plezier in. En als je zaken niet opschrijft, vergeet je welke ontwikkeling je praktijk doormaakt.” Het jaarverslag en de verbeterpunten bespreekt hij binnenkort met het team. “Dan geef ik hen een pluim op de hoed.”

Hij is geen lid van de LHV. “Daar mis ik niets aan. De LHV loopt achter de feiten aan en reageert te laat op zaken. Ik heb destijds weinig ondersteuning gekregen. Bij het Vogelaarakkoord heeft de LHV te snel ingeleverd en miste ik een daadkrachtige houding. Maar ik moet ook een hand in eigen boezem steken: ik heb er destijds ook geen input aan gegeven.”

### Keuze

Wat drijft hem, waar komt dat ondernemende vandaan? “Ik weet het niet precies. Tijdens mijn opleiding was ik al bezig

met het opzetten van een eigen praktijk. Nee, ik kom niet uit een ondernemersfamilie. Mijn vader vraagt me of het nog niet genoeg is, weer een pand erbij. Ik hou van experimenteren en risico's nemen, van kansen grijpen en die moeten dan lukken. Het moet niet doorslaan, ik wil graag mijn patiënten blijven zien, de continuïteit in de zorg blijft belangrijk. Ik wil ook altijd contact blijven houden met de werkvloer, ik moet weten wat en hoe mijn assistenten het doen, het moet een platte organisatie zijn."

### Perfectionisme

Van de Steeg werkt vier dagen per week, een dag is bestemd voor zijn vier kinderen. "Ik ben ook nog directeur van het Medisch Interventiecentrum, waar we patiënten met overgewicht behandelen. Ik bemoei me met de probleemgevallen. Ik werk hard. Ik ga twee keer per jaar op vakantie, maar alleen in het buitenland kan ik me ontspannen. Als ik hier blijf, ga ik thuis toch weer inloggen in de praktijk. Mijn passie is perfectionisme in de zorg. Welke huisarts heeft zijn jaarverslag in februari al af? Zaken goed voor elkaar krijgen, een plan goed presenteren, daar kan ik echt van genieten. Binnenkort sta ik voor een keuze: maak ik dan een pas op de plaats en hou ik het bij wat ik heb opgebouwd of ga ik het concept landelijk invoeren? Ik mis door het harde werken iets van mijn leven. Ik zou meer tijd met mijn kinderen door willen brengen en vaker op vakantie willen. Die 8.4 vasthouden, dat is moeilijk, dat is de uitdaging." ■

## Leefstijlinterventie vanuit meer invalshoeken

"Leefstijlinterventies hebben het meeste succes als er vanuit meerdere hoeken aan gedragsverandering wordt gewerkt. Dus niet alleen bewegen, maar bewegen in combinatie met bijvoorbeeld voedingadvies."

Dat was de belangrijkste conclusie van huisarts en VU-hoogleraar Giel Nijpels in zijn openingstoespraak van de conferentie 'Patiënt in beweging; hoe organiseer je dat?' die door De Nieuwe Praktijk en Stichting Lijn 1 eind februari werd georganiseerd in het Atlantic Hotel in Kijkduin. Tijdens de conferentie werden aan huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en diëtisten vijf geslaagde projecten op het gebied van leefstijlinterventie in Den Haag gepresenteerd: Luchtwerk (fysiotherapie 'plus' voor COPD-patiënten), Diabetes2move (bewegingsprogramma voor diabetici met overgewicht), Rubenshoek (afvalprotocol voor mensen met overgewicht), Fitkids (gezond eten voor kinderen met overgewicht) en Valpreventie. Doelgroepgerichtheid en persoonlijk contact zijn de gemeenschappelijk kenmerken van deze vijf projecten. Na deze presentaties kwamen de conferentiegangers zelf in beweging. Tijdens drie workshops werd gebrainstormd over hoe leefstijlinterventie een meer prominente plaats in de huisartspraktijk kan krijgen. (AL)



**AstraZeneca**  
RESPIRATOIR

Download via  
[www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl)  
**Symbicort 200/6**  
voor onderhoud  
én zonodig receptuur  
(SMART)  
voor uw HIS!\*



\* MicroHIS, Promedico Vdfr, Promedico ASP, Mira, Zorgdossier en OmniHIS Studio en Hethis. Voor Pharmacom en Microbais contact opnemen met de provider.

03.08 Verkorte productinformatie zie elders in dit blad.





Een op de zeven ouderen heeft ernstig overgewicht. Het verbaast Marjolein Visser, hoogleraar 'Gezond ouder worden' aan de Vrije Universiteit en het VUmc van Amsterdam, dat obese ouderen weinig aandacht en ondersteuning krijgen. Ook huisartsen laten steken vallen. Uit haar onderzoek blijkt dat huisartsen bij slechts 1 op de 10 ouderen met ernstig overgewicht het initiatief namen om het gewicht te bespreken. Ze pleit voor vroegtijdige signalering en tijdige behandeling omdat het een hoop vervelende gezondheidsproblemen kan voorkomen. "Ouderen balen er zelf van als ze te dik zijn. Ze zijn goed in staat gewicht te verliezen."

Corina de Feijter

## Overgewicht bij ouderen groeiend probleem

# "Ook een oudere dikkerd verdient hulp bij afvallen"

**W**e zien te dikke ouderen, maar niemand maakt zich er echt druk om. Alle aandacht gaat uit naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen met obesitas. En als het al gaat over ouderen, dan hebben we het vooral over ondervoeding, terwijl er meer ouderen met overgewicht zijn dan ondervoed. Hoe komt het dat gewichtsproblemen bij ouderen weinig aan de kaak worden gesteld? "Dat alle aandacht uitgaat naar kinderen en jongeren is ergens logisch als je kijkt vanuit het oogpunt van preventie. Het lijkt een algemeen geaccepteerd verschijnsel te zijn dat je gewicht toeneemt naarmate je ouder wordt. Maar er is een grens: dat ouderen obesitas ontwikkelen is geen normaal verschijnsel. In tegenstelling tot jongeren heb je als oudere met overgewicht niet meer kans om te sterfen. Het is niet direct levensbedreigend en het wordt daarom mogelijk niet als serieus probleem beschouwd."

### Therapietrouw

Cijfers laten zien dat steeds meer ouderen met overgewicht kampen en dat aantal zal door de vergrijzing toenemen. Bij ruim veertien procent van alle 65-plussers is sprake van obesitas en ruim 55 procent heeft overgewicht. Uit onderzoek van de Longitudinal Aging Study Amsterdam van VUmc blijkt dat de jonge ouderen van nu vaker obesitas hebben dan tien jaar ge-

leden. Bij mannen is dat percentage zelfs verdubbeld. Conclusie: ouderen doen in dit opzicht niet onder voor jongeren en doen net zo hard mee aan de obesitasepidemie, ze gaan zelfs harder. Overgewicht op oudere leeftijd is een groeiend probleem. Visser heeft ouderen gevraagd hoe ze denken over onderwerpen als voeding, leefstijl en gewicht. "Het blijkt dat ouderen met obesitas drommels goed weten dat ze te zwaar wegen. Ze balen ervan en ze willen er ook wat aan doen. Ze denken vooral in het nu, aan hun huidige gezondheid en niet wat ze eventueel in de toekomst zouden kunnen krijgen omdat ze teveel wegen. Ik dacht dat ze hun overgewicht misschien minder erg zouden vin-

"Er is meer begeleiding en advies nodig"

den. Zo van: ik heb mijn hele leven lang hard gewerkt en nu ga ik genieten."

Ouderen ondervinden wel degelijk last van hun overgewicht. Het beperkt hun mobiliteit. Ze hebben een grotere kans op het ontwikkelen van pijn tijdens hun dagelijkse activiteiten, er is een link met urine-incontinentie en depressiviteit en het verhoogt de kans op opname in een verpleeghuis. Het beïnvloedt dus duide-

lijk hun kwaliteit van leven. Visser is ervan overtuigd dat ouderen die steun krijgen ook gemotiveerd kunnen raken om gewicht te verliezen. Verschillende onderzoeksuitkomsten wijzen volgens haar in die richting. "Het is een misverstand te denken dat ouderen een ingesleten eetpatroon hebben dat lastig te doorbreken valt. En juist de therapietrouw bij leefstijlinterventies is het grootst bij ouderen. Zodra ouderen weten dat overgewicht samenhangt met bijvoorbeeld mobiliteitsbeperkingen, gaat daar een prikkel vanuit om er iets aan te doen. Bij ouderen loont begeleiding en ondersteuning."

Volgens Visser hebben ouderen nauwelijks hulp bij hun pogingen gewicht kwijt te raken. Slechts tien procent van de ouderen die probeert af te vallen krijgt professionele begeleiding. Minder dan de helft van de ouderen kiest echter voor een verandering in het voedings- en eetpatroon in combinatie met meer beweging. "Juist deze combinatie is van belang bij ouderen om het verlies aan botmineralen en spiermassa bij het afvallen te beperken. Meer begeleiding en advies is dus nodig." Meer wetenschappelijk onderzoek zou een goede start zijn, maar Visser ziet ook een rol weggelegd voor de huisarts. In haar onderzoek vond ze dat overgewicht nog mondjesmaat ter sprake komt in de spreekkamer. Dat komt doordat er onduidelijkheid heerst over wanneer iemand

Marjolein Visser: "Het blijkt dat ouderen met obesitas drommels goed weten dat ze te zwaar wegen. Ze balen ervan en ze willen er ook wat aan doen. Ze denken vooral in het nu, aan hun huidige gezondheid en niet wat ze eventueel in de toekomst zouden kunnen krijgen omdat ze teveel wegen."



FOTO: HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE / FRANK

obees is of overgewicht heeft. "Het standaardcriterium lijkt niet te voldoen voor ouderen." Slechts bij 1 op de 10 ouderen met obesitas die bij de huisarts kwamen, nam de huisarts zelf het initiatief om het gewicht te bespreken. Bij de jonge ouderen was dat percentage nog lager, terwijl juist daar vroegsignalering en tijdige behandeling de vervelende gevolgen van obesitas op latere leeftijd kunnen helpen voorkomen. "Begin bij die jonge ouderen die ook potentieel te dik zijn, zou ik zeggen. Daar valt winst te halen. Huisartsen kunnen het gewicht van hun patiënt monitoren, het beloop volgen en bespreken. Dat zou bijvoorbeeld ook kunnen bij de jaarlijkse griep prik of controles van diabetes of hypertensie. Verandering in gewicht zegt veel over wat er gaande is of nog komen gaat. Het is een alarmbel, net zoals gewichtsverlies dat is."

Natuurlijk hoeft een huisarts het monitoren niet zelf te doen, dat kan een assistente of praktijkondersteuner prima doen. Het doorverwijzen naar diëtisten of fysiotherapeuten gebeurt wel, maar ook dat kan effectiever. "Door te informeren of de patiënt inderdaad ook gegaan is of het lukt om meer te bewegen of gezonder te eten, of door te complimenteren met een klein succes."

#### Blokje om

Patiënten achter hun broek aan zitten als het gaat om leefstijlverandering, lijkt juist ook bij ouderen te werken. "De huisarts moet de boodschapper zijn, en zeggen dat iemand echt te zwaar is en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn. Bij ouderen van wie de meesten de huisarts nog als een autoriteit zien, heeft het impact als de dokter het zegt." Ook ouderenadviseurs

en thuiszorgmedewerkers kunnen ouderen erop attenderen dat obesitas ongezond is en beweging stimuleren. "Ze kunnen vragen of iemand al een blokje om is geweest." Allemaal naar de sportschool of 'Sonjabakkeren' hoeft ook weer niet. "Een crashdieet is voor ouderen niet verstandig. Mensen stellen hun doelen vaak veel te hoog. Tien kilo afvallen in korte tijd is heel moeilijk, dat ontmoedigt heel erg als het niet lukt. Probeer eerst maar eens twee kilo eraf te halen en dat vol te houden." Visser vertelt dat ze tijdens lezingen op hoongelach kan rekenen als ze voorstelt dat ouderen aan krachttraining zouden moeten doen. "Dan wordt gezegd dat ouderen dat niet meer kunnen. Onzin natuurlijk." Moet er ook een obesitaspoli voor ouderen komen? "Dat moet de toekomst uitwijzen. Hopelijk draagt ons onderzoek daaraan bij." ■



Geen controles meer, maar een jaarlijks cardiovasculair risicoprofiel

# Innoverend zorgprogramma voor risico-patiënten



De gezondheidscentra in Maarssenbroek hebben een speciaal programma voor patiënten met (een verhoogd risico voor) hart- en vaatziekten. De praktijkondersteuner stelt elk jaar bij deze patiënten een cardiovasculair risicoprofiel vast. De huisarts bespreekt het profiel met de patiënt en samen maken ze afspraken over het beleid. Huisarts Eugen Zuiderwijk: “We hebben nu goede instrumenten om onderscheid te kunnen maken tussen patiënten met een laag, middel of hoog risico. Je kunt ze ervoor behoeden dat ze een hoog risicoprofiel ontwikkelen.”

Corina de Feijter

**W**el of geen hypertensiespreekuur gaan houden? Ook de huisartsen in Maarssenbroek dachten over deze vraag na. “Wij hebben ervoor gekozen om ons niet alleen te richten op de patiënten met een hoog risico voor hart- en vaatziekten, maar juist op de groep patiënten bij wie we kunnen verwachten dat het gezondheidswinst gaat opleveren.” Hoe werkt het programma? Een keer per jaar krijgen patiënten een oproep om door de praktijkondersteuner hun cardiovasculair risicoprofiel te laten vaststellen. Het profiel wordt bepaald op basis van bloeddruk, cholesterolwaarden, alcoholgebruik, overgewicht, roken en familieanamnese. Ook de leefstijl komt ter sprake. “Dat is wat de praktijkondersteuner doet: risicoprofielen genereren. Soms wordt alvast een vooradvies gegeven, bijvoorbeeld over gezonde voeding.” Daarna bespreekt de eigen huisarts het profiel met de patiënt. “Het kan zijn dat deze een patiënt medicijnen voorschrijft, doorverwijst naar het bewegingsprogramma van onze fysiotherapie of naar de cursus ‘Stoppen

met roken'. Die geeft onze assistente onder supervisie van de praktijkondersteuner. In feite is ons cardiovasculair zorgprogramma de implementatie van de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement", verklaart Eugen Zuiderwijk. De goed doordachte projectorganisatie speelt een belangrijke rol. Zuiderwijk noemt een aantal redenen waarom het een vooruitstrevend project is. "We maken onderscheid tussen primaire en secundaire preventie. Verder werkt het demedicaliserend: we kijken naar de totale score in het risicoprofiel. Iemand met hypertensie schrijf je niet per definitie medicijnen voor. Dit kun je doen bij mensen die nog geen hart- en vaatziekte hebben voor primaire preventie. Als derde reden noem ik het gebruik van shared decision: door het jaarlijks bespreken van de risico's hopen we dat de intrinsieke motivatie van mensen toeneemt om bijvoorbeeld meer te gaan bewegen, af te vallen of te stoppen met roken. Ook neemt de therapietrouw toe, denken we." Volgens Zuiderwijk maakt het verschil of je alleen naar de hoge tensie kijkt of naar het totale risicoprofiel. "We nodigen de patiënten uit om daarin met ons mee te denken. Maar mensen bij wie al sprake is van een hoog risico (bijvoorbeeld diabetes of hartpatiënten) moeten maximaal behandeld worden. Dit uit het oogpunt van secundaire preventie. Bij deze groep is ook nauwelijks ruimte voor shared decision."

### Innoverend

Zuiderwijk beschouwt ook de werkwijze als innoverend. "Het gaat niet om de bloeddruk sec, maar om dat totale profiel. Vroeger zagen we patiënten met een hoge bloeddruk vier keer per jaar op controle, maar je denkt: is dat nodig? Wij vinden de richtlijn en de risicoscore goede instrumenten om het kaf van het koren te scheiden."

Het viel de huisartsen niet mee om hun vertrouwde routine en handelen los te laten. "Wij zijn generalisten en dan voelt het ongemakkelijk om deze zorg uit te besteden. In het begin gaven we de patiënten schoorvoetend over aan de praktijkondersteuner. Maar het gaat goed en het levert wat op. We worden fysiek meer ontlast. Ook de patiënten zijn enthousi-



**"Het zorgprogramma werkt demedicaliserend en biedt patiënten meer zorg op maat"**

ast, vooral over de tijd en aandacht die ze krijgen. Praktijkondersteuners zijn beter in staat om op een systematische wijze een consult te voeren en te registreren. Huisartsen gaan direct interpreteren en onderscheid maken tussen relevante en minder relevante zaken. Dat staat haaks op protocollair werken."

Het programma sluit aan bij de tijdsgeest, vindt Zuiderwijk. "Mensen nemen meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid. Ze halen informatie van internet en er komen steeds meer mogelijkheden om zelf aan diagnostiek te doen met hulp van allerlei zelftesten. We moeten dat serieus nemen. Voor ons als huisarts geldt dat onze rol als gids of coach daarbij steeds belangrijker wordt. We helpen patiënten om alle informatie goed af te wegen. We zijn een vertrouwenspersoon en een inhoudsdeskundige. Zelf vind ik het ook leuk om deze rol op me te nemen. Ik krijg daardoor een ander contact met mijn patiënten, een gelijkwaardiger contact."

Het gaat om een zorgprogramma dat collega's kunnen overnemen, ook al werken ze solistisch of in een groepspraktijk. Zuiderwijk benadrukt dat een goed oproepsysteem belangrijk is. "Dat doen wij via de telefoon, schriftelijk, e-mail of via sms. We sluiten aan bij de moderne tijd en daardoor hopen we patiënten te motiveren om te komen. Assistenten kunnen dit oproepsysteem en de laboratoriumformulieren beheren." Hij adviseert ook om een projectleider aan te stellen die een duidelijke rol en faciliteiten krijgt. Ook een goede logistieke organisatie moet aanwezig zijn en de ict moet worden

aangepast. Verder moeten alle collega's erachter staan. "Het lijkt vanzelfsprekend dat wanneer je met elkaar hebt afgesproken dit te gaan doen, het vanzelf gaat. Zo werkt het niet in de praktijk, allerlei irrationele factoren in het gedrag spelen een rol. Daar moet de projectleider oog voor hebben."

### Optimale zorg

In dit zorgprogramma ligt het accent niet meer op veel controles, maar op het genereren van een jaarlijks risicoprofiel door de praktijkondersteuner. De huisarts ziet zijn patiënten een jaar lang niet. "Behalve wanneer ze medicijnen krijgen voorgeschreven, dan zien we ze eerder terug. Geven we een leefstijladvies, dan is het de bedoeling dat de praktijkverpleegkundige de patiënt op afstand volgt. Het komt nog niet goed van de grond, maar ze belt na een tijd om te vragen hoe het ermee staat. Gaat de patiënt naar de sportschool? Het is nog aftasten of dat niet te bevoogdend wordt."

Krijgen de patiënten nu de optimale zorg die ze volgens de landelijke richtlijnen horen te ontvangen? "Ik vind het heel fijn dat ik sommige patiënten nu op basis van het opgestelde risicoprofiel minder of geen medicijnen voorschrijf die ik vroeger automatisch wel gaf. Dat is meer zorg op maat. Deze demedicalisering vind ik al winst. Daar komt bij dat je patiënten met bijvoorbeeld een belaste familieanamnese of hypercholesterolemie eerder in beeld hebt en er bovenop zit. Je kunt goed onderscheid maken tussen patiënten met een laag, middel of een hoog risico. Je kunt ze ervoor behoeden dat ze een hoog risicoprofiel ontwikkelen." ■





Huisartsen praten onderling  
nog te weinig over euthanasie

# “Het is en blijft een zweetklus”



In het boek 'Euthanasie, de praktijk van dichtbij bekeken', geschreven door publicist en docent/consulent hersenletsel Hans van Dam, vertellen veertien (huis)artsen openhartig over hun ervaringen met euthanasie.

Corina de Feijter

**W**e weten nog heel weinig over hoe huisartsen euthanasie ervaren. Hans van Dam heeft daarin verandering gebracht. Hij publiceerde eerder in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) een boek met interviews met nabestaanden, waarin de goede kanten van de euthanasiepraktijk maar ook de

schrijnende tekorten aan het licht kwamen. Op verzoek van dezelfde vereniging ging hij ook met (huis)artsen praten. Na een oproep in onder meer Medisch Contact sprak hij vijftig tot zestig artsen. Het geanonimiseerde verhaal van veertien van hen is in zijn boek terechtgekomen. Van Dam: "Bij een aantal artsen had ik zeker het idee dat ze het prettig vonden om hun verhaal te doen. Artsen praten doorgaans moeilijk over hun gevoelens. Het zijn superindividualisten, dat erkennen ze zelf ook. Daar komt bij dat euthanasie en de dood nog met veel mitsen en maren is omgeven."

De verhalen zijn indringend en soms ook schokkend om te lezen. Neem bijvoorbeeld de huisarts die vertelt dat hij zelf

een patiënt pap heeft gevoerd met daarin een dodelijke dosis medicijnen. Of degenen die een keer een kussen op het gezicht van de patiënt duwde, omdat zij maar niet doodging. Of de lippen dichtgehouden van een patiënt omdat het drankje er anders weer uitkwam. Er is een huisarts die meldt hoe hij stiekem langs de achterkant van het verzorgingshuis binnensloep om een patiënt bovenop de vijftig harttabletten - door hem fijngemalen en door de pap geroerd - nog honderd eenheden insuline in te spuiten.

## Zweetklus

Diverse artsen komen aan het woord: degenen die geen euthanasie willen en kunnen uitvoeren, één die het één



keer heeft gedaan en daarvan zo ondersteboven was dat het bij die ene keer is gebelev en artsen die het als hun taak beschouwen mensen die ondraaglijk en onaanvaardbaar lijden, te helpen sterven. Voor de meesten is en blijft het een zweetklus. Een van hen zegt: 'Het is zoals wel vaker bij euthanasie: ik had het liever niet meegemaakt, maar ik had het ook niet willen missen'. Van Dam noemt het een paradox. "Het geeft artsen aan de ene kant een goed gevoel, maar ze voelen ook weerstand. Je zit nog geanimeerd met een patiënt te praten en het volgende moment geef je een spuitje en overlijdt de patiënt. Dat is belastend."

Van Dam vermoedt dat artsen die zelf veel nagedacht hebben over de eindigheid van het leven minder moeite met euthanasie hebben. Hij verwijst naar een huisarts in het boek die de wijsgeer Seneca aanhaalt, die zijn gedachten over de dood heeft opgeschreven in brieven. 'De dood is geen afgrond, ik parafraseer Seneca nog maar even, maar een haven die je eens moet binnenvaren. Als arts help je mensen voor wie er geen alternatief meer is dan die haven, om het levenschip veilig binnen de loodsen. Ik voel me daar rustig bij.' ..... 'Niets is absoluut, behalve de eerbied voor het leven. En die eerbied stelt grenzen aan wat mensen voor zichzelf nog leefbaar vinden en geeft mij de grond om te helpen steven waar leven zich definitief heeft omgekeerd tot onleefbaar leven. Het zal deze opstelling wel zijn die mij wat vaker tot euthanasie brengt dan de meeste collega's.' "Deze arts ziet de dood niet als een vijand, maar als een barmhartigheid van het leven; er komt een einde aan. Hij maakt het zichzelf niet gemakkelijk maar toont zich betrokken", reageert Van Dam. Er zijn volgens hem ook artsen die blijven twijfelen en in een cirkel blijven redeneren.

### Second best-oplossing

Wat maakt het zwaar voor artsen? "Ze doen iets tegennatuurlijks. Daar komt bij dat een aantal artsen nog vasthoudt aan het idee dat euthanasie een second best-oplossing is, in plaats van een optie zoals andere manieren van sterven. Het zit nog in onze cultuur dat euthanasie eigenlijk niet mag. Er heerst het taaie idee dat euthanasie geen gelijkwaardige

keuze is naast palliatieve sedatie en palliatieve zorg. Daarom is het eigen denken van huisartsen over zaken als leven, dood en onaanvaardbaar lijden erg belangrijk." Hij voegt eraan toe dat het sommige artsen ook dwars zit dat het gaat om een abrupte overgang tussen leven en dood. Hij pleit voor een gefaseerde euthanasie. "Misschien deugt onze methode niet. Een reële mogelijkheid lijkt mij bijvoorbeeld om iemand eerst diep in slaap te brengen en vervolgens de euthanatica toe te dienen. Zo sterven komt dichtbij het natuurlijke sterven en is voor nabestaanden wellicht 'gemakkelijker', aanvaardbaarder. Dit is geen vermenging met palliatieve sedatie. Sedatie gebeurt in een andere fase van een ziekteproces op basis van een andere indicatie. Bij euthanasie snijdt je ineens de bocht af. Het gaat er mij om dat er keuzemogelijkheden zijn."

### Beslissende stem

Sommige geïnterviewden brengen de macht van artsen ter sprake. Van Dam realiseert zich dat macht negatief klinkt. "Maar artsen hebben wel een beslissende stem en zo is dat in de wet ook geregeld. De crux is dat een arts in de geest, in de ziel van de patiënt kan kruipen en kan

bepalen of de gevraagde euthanasie past in de biografie van zijn patiënt. De patiënt moet de arts ervan overtuigen dat hij niet meer verder kan leven. Daar gaat het om, en niet primair om de vraag of de arts eraan toe is."

'De beroepsgroep is in de greep van de juridisering gekomen', stelt een huisarts in het boek. Van Dam zegt hierover: "De besluitvorming rond euthanasie is exclusief in handen van artsen. Dat is destijds zo besloten en ik vind dat niet verstandig. Sommige patiënten kunnen ook een goede vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met hun psychiater of psycholoog. In die relatie mag van mij besluitvorming plaatsvinden."

Van Dam benadrukt dat "we er nog niet zijn met de huidige euthanasiewet. Sommigen, bijvoorbeeld mensen die levensmoe zijn en onthecht zijn geraakt aan het leven, vallen nu buiten de boot. Het gaat om de ernst van het lijden en niet om de bron van het lijden. Daar moet een open debat over ontstaan." ■

*Euthanasie, de praktijk van dichtbij bekeken, Hans van Dam, Uitgeverij Libra & Libris, 200 blz, ISBN-13: 978-90-74020-04-6*

Hans van Dam: "De besluitvorming rond euthanasie is exclusief in handen van artsen. Dat is destijds zo besloten en ik vind dat niet verstandig. Sommige patiënten kunnen ook een goede vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met hun psychiater of psycholoog. In die relatie mag van mij besluitvorming plaatsvinden."





Oud-huisarts schrijft verhalenbundel over ervaringen met euthanasie

# “Mijn generatie heeft de kolen uit het vuur gehaald”

In literatuur over euthanasie gaat de aandacht vrijwel altijd uit naar de patiënt die de zachte dood ondergaat. Wat het uitvoeren van euthanasie betekent voor de arts blijft onderbelicht. Oud-huisarts Ger Ettes vertelt in *Gifmenger* tegen wil en dank juist over die kant. Onder het pseudoniem Roy van Delden beschrijft hij zijn eigen ervaringen en die van enkele collega's in de tijd dat euthanasie nog binnen het strafrecht viel. Een onthutsend boek, dat onverbloemd laat zien hoe aangrijpend en belastend het uitvoeren van euthanasie kan zijn voor een arts.

Els van Thiel

**G**er Ettes werkte zevenentwintig jaar als huisarts in Zeist. Nu woont hij in Ketelhaven bij Dronten. Toen hij zeven jaar geleden op zijn vijfenvijftigste stopte met werken, nam hij zich drie dingen voor. Hij wilde gaan reizen, een boek schrijven en zijn marathontijd verbeteren. Alleen dat laatste is nog niet gelukt. Hij schreef *Gifmenger* tegen

vallen. Tijdens mijn werkzame leven had ik die herinneringen weggestopt. Omdat dat in mijn karakter zit, maar ook omdat je als huisarts altijd weer verder moet. Maar als je niet meer werkt, komen de emoties bovendrijven, zeker toen ik mij aan het schrijven zette.”

Het boek gaat over een jonge huisarts, Roy van Delden, die het als zijn morele plicht voelt om mensen die om euthanasie vragen te helpen. Hij heeft geen principiële bezwaren tegen euthanasie, maar vindt het wel heel moeilijk om het uit te voeren.

“Niemand hoefde van mij zinloos en onnodig te lijden. Maar dat is iets heel anders dan het zelf te moeten doen. Ik was niet zo'n held en ik wist niet of ik wel in staat was om iemand een laatste spuitje te geven. Ik had er ook nooit bij stilgestaan hoe ik zoiets moest aanpakken, in de stille hoop dat die beker aan mij voorbij zou gaan.”

## Herkennen

*Gifmenger* tegen wil en dank is een indringend en direct boek. In een soepele no-nonsense-schrijfstijl verwerkte Ettes in het boek zijn eigen ervaringen en die van collega's met euthanasie. De hoofd-

Veel oud-collega's hebben me laten weten dat ze de emoties van de hoofdpersoon heel goed herkenden. Ik heb zelfs kerstkaarten gekregen met die boodschap.”

De verhalen van Ger Ettes spelen in de tijd dat er slechts in bedekte termen over euthanasie werd gesproken. Het gebeurde wel, maar lang niet altijd even professioneel. Huisartsen die net als Ettes geen principiële bezwaren hadden tegen euthanasie waren meestal aangewezen op in het geheim bereide middelen van de apotheek of maakten hun eigen middel. In het eerste van de vijf verhalen hoopt de jonge dokter Roy van Delden eerst nog dat de oude vrouw die om een zachte dood gevraagd heeft ‘vanzelf’ zal komen te overlijden. Maar dat gebeurt niet. “Op de kast in mijn spreekkamer stond een oude vizel, nog van mijn voorganger. Of het ding ooit gebruikt was of daar alleen maar voor de sier stond, wist ik niet. Een voor een wreef ik de Luminal-pilletjes tot poeder en loste het daarna op in alcohol van zeventig procent, uit een flesje dat gewoonlijk alleen voor ontsmetting werd gebruikt. Een beetje water erbij, goed schudden en mijn euthanaticum was klaar. Ik voelde me net een gifmenger.”

Het drankje werkt pas na zestig uur. Dochter en dokter laten hun tranen de vrije loop. Tranen van verdriet bij de dochter. Tranen van opgekropte zenuwen en opluchting bij de huisarts. En de lezer voelt mee met de klungelende dokter.

Uit het boek komt naar voren hoe familie een arts onder druk kan zetten om euthanasie te verrichten of om dat juist niet te doen. Een van de verhalen gaat over een vriendenpaar, een van de mannen heeft aids. Als zijn einde in zicht is vraagt hij om euthanasie. Zijn partner is het daar



“Het is nooit gemakkelijk. Het zit in mensen dat ze anderen niet willen doden”

wil en dank omdat hij behoefte had om de dingen die hem als huisarts beroerd hadden op papier te zetten. “Wat er het meeste uitsprong waren de euthanasiege-

persoon Roy van Delden houdt zich niet groot. Gevoelens van onzekerheid, wanhoop en gewetenswroeging hebben geregeld de overhand. “Ik wilde eerlijk zijn.

niet mee eens en dreigt de huisarts met een rechtszaak als die op het verzoek ingaat. Het is de eerste keer dat Roy van Delden officieel melding maakt van euthanasie. De politie komt hem 's avonds prompt ophalen. Een bloedstollende passage, gebaseerd op wat Ettes zelf heeft meegemaakt. "In die tijd stond je er als dokter helemaal alleen voor. Het ontbrak niet alleen aan wetgeving, ook onderling hadden wij artsen geen eensluidende afspraken. Er was nauwelijks jurisprudentie en om die reden besloten veel artsen om euthanasie maar niet te melden, bang als ze waren voor complicaties. Mijn generatie heeft echt de kolen uit het vuur gehaald." Ettes heeft de nieuwe wetgeving niet meer meegemaakt als huisarts. De komst van SCEN-artsen vond hij een grote vooruitgang. "Ik heb die echt als een steun ervaren."

#### Bedompte sfeer

Roy van Delden krijgt in het boek weinig support van zijn assistente Claudia. Zij is

het helemaal niet met zijn handelswijze eens. "Ik heb dat element ingevoerd, want het kwam voor dat huisartsen bij euthanasie ook nog stiekem moesten doen tegenover hun naaste medewerkers. Hun assistente mocht van niets weten."

In werkelijkheid kreeg Ger Ettes wel steun van zijn toenmalige assistente, nu al vele jaren zijn vrouw. "Het hele gezin lijdt onder euthanasie en daar hoor je nooit iets over", zegt ze. "In de periode dat er een geval van euthanasie speelde, hing er een bedompte sfeer in huis. De stress waarin artsen verkeren rond een geval van euthanasie kan weken duren. Kinderen voelen dat haarfijn aan. Wat er aan de hand was, vroegen ze. We zeiden dan maar dat er een mevrouw erg ziek was en binnenkort doodging. Daar hadden ze wel vrede mee."

Ettes heeft tussen de vijftien en twintig keer euthanasie toegepast toen hij nog huisarts was. De meeste keren verliep dat heel vredig. De vijf gevallen die hij in zijn boek beschrijft zijn de meest extreme die

hij meegemaakt heeft. "Toen pakte ik een kussen van het bed en drukte dat Hoffman stevig op het gezicht. Weg snurken de ademhaling, maar tegelijkertijd ging mijn ademhaling sneller en ik voelde mijn voorhoofd nat worden."

Nee, zegt Ettes, dat heeft hij zelf niet meegemaakt. Het is het verhaal van een collega dat hem altijd bijgebleven is. "Ik neem het hem niet kwalijk. De middelen werkten niet."

Ettes denkt dat de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in 2002 het voor huisartsen duidelijker gemaakt heeft. Gemakkelijker ook? "Ook als je een verzoek als huisarts terecht vindt en meent dat je als mens niet kunt weigeren, is het nooit gemakkelijk. Het zit in mensen dat ze anderen niet willen doden." ■

*Gifmenger tegen wil en dank, Roy van Delden Uitgeverij Thoeoris, Amsterdam 2007, 224 blz. ISBN 978 90 72219 268*







# Certificering voor triagistenopleiding

**De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de huisartsen in 2004 duidelijk te verstaan gegeven dat ze de triage op de huisartsenposten als een fors risico beschouwde voor de kwaliteit van zorg. Het rapport Huisartsenposten in Nederland liet hierover geen misverstand bestaan.**

Frank van Wijk

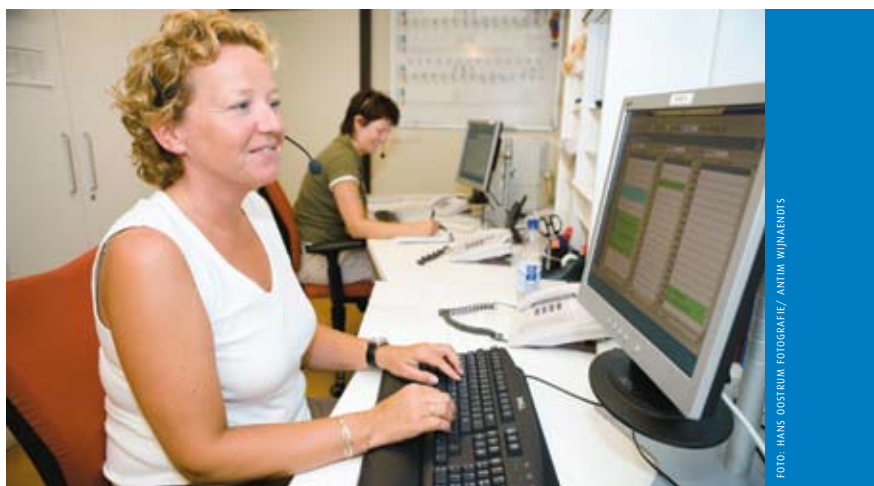
De Vereniging Huisartsenposten Nederland reageerde hier adequaat op door met het project Gecertificeerde opleiding tot triage-assistent te komen. Maar als deze stap eenmaal gezet is, is het een voor de hand liggende vervolgstap om ook de opleidingsinstituten te certificeren die de triagistenopleiding verzorgen. Ook dat traject is inmiddels in gang gezet.

Die triagistenopleiders, dat zijn er vier. InternetCollege speelde samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Dokters Assistenten een actieve rol in de certificering voor de opleiding tot triage-assistent. Het biedt zelf ook een opleiding voor triage-assistenten aan en verkeert in de afrondende fase voor de certificering hiervan.

Latona Organisatie- en Opleidingsadvies is al gecertificeerd. Het leidt sinds 2004 triage-assistenten op. Bovendien ontwikkelde het in 2007 in het kader van het Nederlands Triage Systeem het competentieprofiel voor triage-assistenten en de leerwegen die hierbij horen. Het deed dit in opdracht van het ministerie van VWS. Ook Van Campen Consulting heeft de certificering al binnen. Dit bureau merkte dat een gespreksprotocol dat het al eerder had ontwikkeld om de instroom op de huisartsenpraktijk te managen, met de komst van de huisartsenposten ineens heel veel belangstelling kreeg. Triage bleek op die posten een uitstekend mid-

del voor instroommanagement en Van Campen ging hiervoor de opleiding aanbieden. De vierde partij, Bloom Communicatie met Zorg, neemt in zoverre een aparte positie in dit verhaal in dat het geen triagistenopleider is zoals de andere drie. Het verzorgt training en coaching voor leidinggevend, artsen en assistenten van huisartsenposten. Hierin staat het onderwerp communicatie centraal en het is ook specifiek voor dit deelgebied

tweedelijns acute zorg. InternetCollege legt de nadruk op het internetleren, dat flexibel is en volgens onderzoek door de Universiteit Maastricht tot een snelle leercurve leidt. Feit is in ieder geval dat ze allemaal voldoen aan de ondergrens van de eisen waaraan zo'n opleidingsinstituut moet voldoen. Feit is ook dat hun certificaat slechts voor drie jaar geldig is. Daarna moeten ze opnieuw worden getoetst.



dat het certificering nastreeft.

De uitvoering van de certificering van de opleidingsinstituten is door de VHN in handen gegeven aan Calibris, een gespecialiseerd kenniscentrum voor het mbo.

## Onderscheid

Huisartsenposten die nu triagisten willen voorbereiden op het door de branche erkende diploma voor triage-assistent, weten nu dus dat ze bij een van deze bureaus terecht kunnen. Natuurlijk claimen al deze bureaus onderscheidend vermogen te hebben. Van Campen zoekt dit in maatwerk per huisartsenpost. Latona vindt de kennis- en ervaringsuitwisseling tussen de acute zorg in de eerste en tweede lijn belangrijk en laat de opleiding dus verzorgen door docenten uit de eerste- en

Huisartsen die hun triage-assistenten al voorafgaand aan de periode van certificering van triagistenopleiders zelf hebben geschoold, zijn door VHN gerustgesteld. VHN kreeg van velen van hen de vraag of ze dit kostbare proces nu weer opnieuw moesten doorlopen. Dat is gelukkig niet het geval. Huisartsenposten die zelf al een goed functioneringssysteem hebben opgezet voor hun triage-assistenten, mogen deze assistenten zelf voordragen voor de door de branche erkende diplomering. Dit diploma heeft dan dezelfde waarde voor de triage-assistent als bij een gecertificeerd opleidingsinstituut. Om dit te mogen doen, moeten deze huisartsenposten wel aan de toetsingscriteria van VHN voldoen. Ook hier weer is Calibris de partij die dit beoordeelt.

# WADI maakt werk van pensioen voor waarnemers

De afdeling WADI ontwikkelt met de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) een pensioenregeling voor waarnemers die reeds op 1 januari 2009 van kracht zou kunnen zijn.

WADI en SPH zitten met elkaar rond de tafel naar aanleiding van een enquête die WADI eind vorig jaar onder waarnemers heeft gehouden. In de enquête gaf bijna tweederde van de deelnemers aan niets geregeld te hebben voor hun pensioenopbouw. De uitkomsten van de enquête heeft WADI-bestuurslid Diana Lucassen niet verbaasd. "Nee, absoluut niet. Ik krijg vaak te horen dat waarnemers niets geregeld hebben. Dat is jammer, want veel huisartsen starten hun carrière als waarnemer. Het geldt dat je in het begin van je carrière spaart voor pensioen kan lang renderen."

Van de deelnemers aan de enquête gaf negentig procent aan te willen participeren in een collectieve pensioenvoorziening. Over de keuze voor SPH zegt Lucassen: "SPH is het pensioenfonds van de vrijgevestigde huisartsen en van de hids's, maar wil graag het pensioenfonds zijn voor alle huisartsen, dus ook voor waarnemers. Een groot voordeel vind ik dat je kunt wisselen van functie als huisarts zonder dat dit gevolgen heeft voor je

pensioenopbouw. Bovendien biedt SPH vanaf het begin van de pensioenopbouw grote zekerheid bij onverwachte gebeurtenissen zoals overlijden of arbeidsongeschiktheid. Daarnaast kunnen ze een flexibele regeling ontwikkelen, met mogelijkheden tot vervroegd pensioen of deeltijdpensioen."

## Representatief deel

Alle huisartsen die hebben laten weten dat zij waarnemers zijn, krijgen medio april een brief en brochure met uitleg over de pensioenregeling. Door vervolgens lid te worden van de Beroepspensioenvereniging kunnen waarnemers laten weten dat ze voorstander zijn van aansluiting bij de collectieve pensioenregeling van SPH.

Lucassen: "Het is zeer belangrijk dat wij de juiste gegevens hebben van de groep waarnemers. Want een representatief deel van deze groep moet instemmen met de collectieve pensioenregeling om per 1 januari 2009 te kunnen starten. Laat daarom weten of je wel of geen waarnemer bent als je een brief toegestuurd kreeg! Dit kun je doen door het registratieformulier terug te sturen of door het formulier in te vullen op [www.huisarts-pensioen.nl/waarnemers](http://www.huisarts-pensioen.nl/waarnemers)." (PVD)

## Regionale verschillen in gebruik geneesmiddelen

Het geneesmiddelengebruik verschilt sterk per regio. In de regio Zuid-Limburg is het aantal standaarddagdoseringen (ddd) per 1.000 inwoners per dag het hoogst (ruim 13% boven het landelijk gemiddelde). In 't Gooi ligt het aantal doseringen ruim 10% onder het landelijk gemiddelde.

Het totale geneesmiddelengebruik is in de periode 2001-2006 met 21,9% toegenomen. Een van de grootste groeiers zijn de cholesterolverlagers. Het gemiddelde aantal ddd's per 1.000 inwoners per dag steeg van 57,2 in 2001 naar 109,1 in 2006, een stijging van meer dan 90%. Ook hier zijn de regionale verschillen groot. Zo nam het gebruik van cholesterolverlagers in de regio Midden-Brabant met meer dan 200% toe, terwijl de regio Amsterdam de minste toename kende (44%).

## Workshops ondernemerschap

De LHV-Academie organiseert de komende drie maanden zeven workshops over ondernemerschap in de huisartsenzorg en de mogelijkheden voor huisartsen om hun zorgaanbod uit te breiden. Vanuit medisch-inhoudelijke, organisatorische en juridische invalshoeken worden tevens nieuwe handvatten aangereikt voor praktijkverbetering. De workshops zijn voor drie uur geaccrediteerd en worden gegeven door de LHV-beleidsmedewerkers Karel Rosmalen (huisarts), Joppe van der Reijden (bedrijfskundige) en Theo van Ardenne (jurist). De kosten van deelname bedragen voor LHV-leden 95 euro en voor niet-leden 250 euro. De workshops worden gehouden in Assen (3 april), Zwijndrecht (15 april), Akersloot (24 april), Gilze Rijen (13 mei), Apeldoorn (22 mei), Venlo (29 mei) en Vianen (3 juni).

Voor vragen kunt u contact opnemen met Marja de Kruijff, Juridische Stafafdeling LHV, telefoonnummer 030-2823767 of per e-mail [jsa@lhv.nl](mailto:jsa@lhv.nl).

## Excursies naar HOED-praktijken

De Bouwadviesgroep-LHV verzorgt ook in 2008 weer excursies naar drie nieuw gerealiseerde HOED-praktijken met een bezetting variërend van drie tot zes artsen en met verschillende uitgangspunten qua organisatie.

De eerste HOED is de kleinste en ligt ingeklemd tussen dorpsbebouwing. De tweede HOED maakt deel uit van een eerstelijnscentrum, volgens het zogenoemde 'winkeltjesmodel', waarbij elke discipline een eigen 'huis' heeft. De derde en grootste HOED is gesitueerd op de eerste verdieping van een gebouw in waarin

ook de apotheek en de fysiotherapie zijn ondergebracht. De drie HOED-en hebben ieder een eigen architectonische uitstraling.

De excursies worden gehouden op 5 april, 7 juni, 27 september en 22 november. Alle deelnemers ontvangen van te voren een cursusmap met plattegronden, toelichtingen en artikelen over de centra en algemene documentatie over de bouw van een praktijk. De deelnemers reizen per VIP-bus. Tijdens de reis worden koffie, thee en broodjes geserveerd.

De cursus is geaccrediteerd voor vier en half uur.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met mevrouw Anda Broek 030-2823723.





## Kleine lettertjes, grote gevolgen

In het artikel "Kleine lettertjes, grote gevolgen" in het januarinumnummer van Huisarts in Praktijk staat, dat VVAA inmiddels de medische keuringen heeft uitgesloten van de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Dit is feitelijk onjuist.

Onderscheid moet worden gemaakt tussen de aansprakelijkheid jegens degene die gekeurd wordt en jegens de opdrachtgever tot de keuring. De aansprakelijkheid ten opzichte van degene die gekeurd wordt voor zowel letsel-schade als vermogensschade is al vele jaren onder onze beroepsaansprakelijkheidsverzekering gedekt geweest en is dat nog steeds. De schade van de opdrachtgever tot de keuring (verzekeraar, uitkeringsinstantie e.d.) is nimmer onder de AVB-polis gedekt geweest. Ook daarin is niets veranderd. Een verzekering voor deze (vermogens)schade van de opdrachtgever bestond tot voor kort niet en was feitelijk niet nodig.

VVAA heeft krachtens zijn rechtsbijstandverzekering met succes een claim tegen een huisarts verdedigd van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, die tot uitkering moest overgaan, omdat acceptatie van degene die gekeurd werd op een onjuist onderliggend rapport had plaatsgevonden. Omdat het risico niet verzekeraar was en het honorarium van de huisarts voor de keuring in geen verhouding stond tot de hoge claim, oordeelde de rechter mede daarom, dat het onredelijk was de claim tegen de huisarts toe te wijzen. Inmiddels gaat het argument, dat het risico niet verzekeraar is, niet meer op, omdat er polissen ter afdekking van dit specifieke risico op de markt zijn gekomen. Ook VVAA heeft hiervoor een aparte polis ontwikkeld. Apart, omdat niet alle artsen keuringen doen en dit risico behoeven af te dekken.

Verder is het zo, dat alle medische handelingen waartoe de huisarts bevoegd is, normaal onder de dekking vallen, ook bijvoorbeeld het verlenen van eerste hulp bij plotselinge ziekte of ongeval.

Voor samenwerkingsverbanden van huisartsen is er de mogelijkheid om bij VVAA op de feitelijke situatie afgestemde polissen af te sluiten. Voor zover het artikel een andere indruk wekt is die onjuist.

Een verzekerd bedrag van 2,5 miljoen euro wordt ook door VVAA geadviseerd. Overigens bedraagt de hoogste uitkering in het bestand van VVAA (ruim 3500 claims sinds 1995) nog geen 600.000 euro. Voorlopig lijkt een maximale dekking van € 2,5 miljoen dus verantwoord en toereikend.

*Mr H.P.Henschen, directeur VVAA schadeverzekeringen*

## ANW-tarief

Ik ben blij met de ingezonden brief van Hans Deimann over het ANW-tarief.

Enkele dagen daarvoor kregen wij de nieuwe waarneemtariieven van de LHV toegestuurd. Het is een van de allergrootste grieven bij vrijwel alle huisartsen dat het ANW-tarief zo schandalig laag is. Ik kan aan geen enkele zakenvriend uitleggen dat ik als ervaren huisarts met praktijk en verplichting tot dienst doen 50,20 krijg, terwijl ik aan een onervaren collega die naar het uitkomt zo'n dienst wel of niet kan accepteren tussen de 75 en 100 euro moet betalen.

Op termijn is dit ook een ondergraving van de hele ANW-dienstenstructuur. Immers wie is bereid voor deze bedragen zijn dure weekend, avond of nachttijd te verkopen? In landen waar de huisarts niet verplicht diensten moet doen, zoals in Engeland, zie je dat de kosten om een huisarts te krijgen inderdaad marktconform stijgen. Dat is dus exponentieel; bij gebrek aan alternatieven worden ze uit Duitsland, Noorwegen ingevlogen. Het wordt tijd dat de huisarts ook op de ANW-post een adequate beloning ontvangt, welke in verhouding staat tot de door de LHV zelf gepubliceerde waarneemtariieven.

*Ben Terstegge, Rotterdam*

## Afsprakenplanner

In het februarinumnummer van Huisarts in Praktijk stond een licht wervend artikel over een afsprakenplanner voor artsenbezoekers. Ik heb mij enige maanden met veel moeite laten registreren bij deze service [www.artsafpraak.nl](http://www.artsafspraak.nl).

Daarna heb ik nog geen enkele reactie gehad. Ik ontvang sporadisch artsenbezoekers en mij leek het goed om zelf de regie te voeren. Bij navraag blijken de artsenbezoekers niet erg gecharmeerd van dit initiatief, het kost hun geld en waarschijnlijk is het niet in hun belang om met een voorstel voor een te bespreken onderwerp te komen.

Ik zoek dus nog naar een efficiënte manier hoe om te gaan met medewerkers van de farmaceutische industrie, want op zich wil ik wel via hen op de hoogte worden gehouden van nieuwe producten en interessante ontwikkelingen.

*Jan Lips, Hulst*

U kunt op deze brieven en de inhoud van Huisarts in Praktijk reageren via het emailadres van de redactie: [huisarts@lhv.nl](mailto:huisarts@lhv.nl).